



グランプロ睡眠美容クリニック

親権者同意書

_____が、下記の診療・施術の説明について十分に理解し、自己の利益とリスクに関する判断が可能であることを認め、グランプロ睡眠美容クリニックと同意の上、診療・処置・施術に関わる費用の支払いをすることを親権者として同意いたします。

※医師の判断によっては、お断りすることもございます。

診療・施術内容

上記の診療・施術及びそれに付随する治療・投薬

グランプロ睡眠美容クリニック 院長 殿

同意日： 20 年 月 日

親権者氏名： _____

親権者住所： _____

患者氏名： _____

患者住所： _____