

同意書

La Clinica Shizuoka 御中

私は、_____（受診者）の親権者（法定代理人）として、受診者が貴院においてピアス施術の診療契約を結ぶことに同意致します。

受診者が受ける診療・手術及び治療は受診者本人の希望であり、内容の説明に関して受診者は十分に理解できることを約束致します。

貴院での診療・手術及び治療は全て保険適用外であることを了承致します。

術中及び術後の処置に対し、貴院の医師又は看護師の指示に従うことに同意致します。

尚、貴院との診療契約を取り消すことは致しません。また、受診者が貴院で上記施術を受けたことに対し、明らかな医療過誤が発生した場合を除き、一切異議を申しません。

平成 年 月 日

親権者（法定代理人） 住所 _____

親権者（法定代理人） 氏名 _____ 印

受診者 氏名 _____