

# リゼクリニック

## 親権者同意書

私の子である が診療・施術の説明について十分に理解し、  
自己の利益を判断できると認め、医療法人社団風林会 リゼクリニックと診療契約・支払い契約  
を結ぶことに同意します。

年 月 日

親権者住所

親権者氏名

印