

同意書

※15歳未満で、にしたんクリニックでのアフターピル(緊急避妊薬)施術をご希望の方は、ご本人様と親権者様両人が、以下の内容をご確認いただき、ご記入・ご捺印した同意書を来院時にご持参、もしくはオンライン診療時にご提示ください。ご持参、ご提示いただけない場合は、施術をお受けいただく事ができません。

私(施術を受ける本人)と親権者の両人は、下記に記されたチェックマークを付けた注意事項/説明事項書の内容を読み、にしたんクリニックで受診することに同意いたします。

①受診される方は、必ずお読みの上、ご同意いただける場合は、✓マークを記載してください。

アフターピル(緊急避妊薬)に関する注意事項 / 説明事項

《本人 記載項目》

私は、上記のチェックをつけたメニューに関する注意事項 / 説明以降に記載された書類を読み、十分に理解した上で、貴院で施術を受けることに同意いたします。

診療名 アフターピル(緊急避妊薬) 診療予定日 年 月 日

診療院 にしたんクリニック 渋谷院 ・ オンライン診療 ※どちらかに○

申込者氏名 (ご本人者)	
ご住所	
生年月日	(満 歳)
電話番号	自宅: 携帯:

《親権者 記載項目》

私は、上記申込者の親権者として、上記注意事項/説明事項に記載された書類を読み十分に理解した上で、貴院で申込者が施術を受けることに同意いたします。

親権者氏名 印

続柄

ご住所

電話番号 自宅:
携帯:

※親権者(法定代理人)ご本人様が、ご記入・ご捺印ください。

お預かりした個人情報、「にしたんクリニック」の全ての医院で共有いたします。予め、ご了承ください。

ご不明な点は下記までお問い合わせください。

医療法人社団直悠会 にしたんクリニック

お問合せ ☎ 03-5422-3061 電話受付時間 12:00~19:30 ※祝日除く

20200701