

親権者（法定代理人）同意書

① 親権者 （法定代理人） 記入欄	私は、契約申込人の親権者又は、法定代理人として下記契約申込人が下記医療機関にて診療契約に伴う医療費を貴社での立替払契約申込（契約）及び個別信用購入あっせん申込（契約）を行うことにあらかじめ同意致します。			
	※ご記入欄は、親権者（法定代理人）ご本人が署名・捺印下さい。		20	年 月 日
	契約申込人とのご関係		<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	フリガナ		親権者 （法定代理人）	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
	親権者氏名 （法定代理人）	Ⓜ	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	ご住所	〒 - -		
自宅電話番号	- -	携帯番号	- -	

② 親権者 （法定代理人） 記入欄	私は、契約申込人の親権者又は、法定代理人として下記契約申込人が下記医療機関にて診療契約に伴う医療費を貴社での立替払契約申込（契約）及び個別信用購入あっせん申込（契約）を行うことにあらかじめ同意致します。			
	※ご記入欄は、親権者（法定代理人）ご本人が署名・捺印下さい。		20	年 月 日
	契約申込人とのご関係		<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	フリガナ		親権者 （法定代理人）	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
	親権者氏名 （法定代理人）	Ⓜ	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	ご住所	〒 - -		
自宅電話番号	- -	携帯番号	- -	

契約 申込 人 記入 欄	<input type="checkbox"/>	契約申込人（施術を受ける者）は、上記①と②親権者（法定代理人）2名が私の親権者（法定代理人）であり、その親権者（法定代理人）2名が直接署名・捺印した事をここに誓約致します。
	契約申込人氏名	Ⓜ 生年月日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/>	契約申込人（施術を受ける者）は、上記①親権者（法定代理人）1名以外に親権者（法定代理人）が存在せず、①親権者（法定代理人）が直接署名・捺印した事をここに誓約致します。
	契約申込人氏名	Ⓜ 生年月日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日

医療 機関 記入 欄	契約申込人（施術を受ける者）の契約内容				
	①現金価格合計（税込）	円	分割支払金（第1回目支払金額）		
	②申込金（頭金）	円	円		
	③残金（①－②）	円	分割支払金（第2回目以降支払金額）		
	④分割払手数料	円	円		
	⑤分割支払金合計（③＋④）	円	支払回数	回	ボーナス加算時
	⑥支払総額（②＋⑤）	円	加算額	円×	回
	【医療機関名】				