

未成年者治療同意書

東京秘密クリニック 殿

同意書記入日： 年 月 日

わたしは、下記の申込者が未成年であることから親権者として申込者の意思を尊重し、
法定代理人として、貴院に於いて申込者が診療及び

_____ 施術・治療を受けることに同意致します。

○ご希望の施術内容をご記入ください。

申込者：住 所

電話番号

氏 名

印

親権者：住 所

電話番号

氏 名

印

※本書の記入については、申込者ご記入枠以外のすべてを親権者(法定代理人)様をご記入下さい。

※本書のご持参が無い場合は、また、ご持参いただいた書面にご捺印がない場合、診察・カウンセリング、
施術をお断りさせていただきます。