

未成年者診察・治療同意書

Reiko Skin Clinic 御中

私は、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、
貴院で申込者が診療や施術(施術名 _____
)を受けることに同意します。

同意書記入日： 年 月 日

・本人

氏名： _____

生年月日： _____西暦 年 月 日 満 歳

住所： _____

電話番号： _____

・法定代理人(親権者・後見人・保護義務者)または保証人

氏名： _____ 捺印 続柄

生年月日： _____西暦 年 月 日

住所： _____

電話番号： _____