

記入日_____年__月__日

REV HAUT CLINIC 宛

未成年者 治療・施術 同意書

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、法的代理人として、貴院において申込者が下記の治療を受けることに同意します。

尚、この度の治療に関して、緊急あるいは医学的に必要な処置等が生じた場合、貴院の指示に従います。また、申込者が貴院で受ける診察・治療において、異議申し立ては致しません。

治療・施術名	
申込者氏名 (未成年者氏名)	
住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 歳)
電話番号	

※以下の各欄は親権者ご本人がご署名・ご捺印いただく必要があります。

法的代理人者氏名 (親権者)	⑩ 続柄
住所	〒
電話番号	