

未成年者治療同意書

ヒュークリニックス芦屋 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、法的代理人として貴院に於いて申込者が、
(手術名・施術名) _____
を受ける事に同意致します。

※確認事項等で親権者様にご連絡をさせて頂く場合がございます。
ご了承ください。

同意書記入日：令和 年 月 日

申込者：住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____ (印)

親権者：住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____ (印)