

未成年者治療・施術同意書

Bell clinic 御中

私(親権者氏名)_____は、

(申込者氏名)_____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、貴院において申込者が診療・治療(治療内容)_____を受けることに同意いたします。

異議申し立てする事はありません。

※この同意書をご使用いただく未成年とは高校生以上20歳未満の方となります。

中学生以下の方は親権者の同伴が必要です。

同意書記載日 ____年 ____月 ____日

申込者:住所_____

電話番号_____

氏名_____ (自署)

親権者:本人との続柄()

住所_____

電話番号_____

氏名_____ (自署)