

未成年者同意書

医療法人 晃有会 ササセ皮膚科 御中

_____年 _____月 _____日

私は下記の未成年者が貴院において治療・施術を受けることに法的代理人・親権者として同意致します。

万一、この度の治療・施術に関して緊急あるいは医学的に必要な処置が生じた場合は貴院の方針に従います。

また、貴医院の指導を遵守しない事により治療効果が損なわれたり、トラブルが起こっても貴医院にその責任を問いません。

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

法的代理人（親権者）記入欄

※ご記入は必ず法的代理人（親権者）の方の直筆でお願いします。

法的代理人氏名 (親権者)	
続柄	
住所	〒 _____
電話番号	