

未成年者治療同意書

こころみクリニック殿

私は、下記の申込者が未成年者であることから親権者として治療内容を検討した上、
法定代理人として、貴院に於いて申込者が診察及び
_____の施術・治療を受けることに同意致します。

・ご希望の施術内容をご記入お願い致します。

同意書記入日 令和 年 月 日

申込者： 住所 _____

生年月日 年 月 日 (満 才) _____

電話番号 _____

氏名 _____ 印

親権者： 住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____ 印

※本書の記入については、申込者ご記入枠以外の全ての欄を親権者（法定代理人）様をご記入下さい。

本書のご持参がない場合は、カウンセリング、施術をお断りさせていただきます。

捺印がない場合は、カウンセリング、施術をお断りさせていただきます。