

未成年者治療同意書

9 Beauty Clinic 御中

わたしは、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診察及び治療を受けることに同意致します。

同意書記入日 令和 年 月 日

申込者：住所 _____

氏名 _____ 印

親権者：住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____ 印

9Beauty Clinic