

未成年者治療同意書

経堂ファミリアクリニック美容皮膚科 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、法定代理人として、貴院に於いて申込者が診療及び治療を受けることに同意致します。

同意書記入日： 20 年 月 日

申込者：住所 _____

電話番号 — — _____

氏名 _____

親権者：住所 _____

電話番号 — — _____

氏名 _____ ⑩ 続柄 ()