

未成年治療同意書

みきなクリニック 御中

私、() 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、
貴院にて申込者が診察、及び治療を受けることに同意致します。

記入日：令和 年 月 日

受けられる施術名：

申込者

ご住所：

電話番号：

氏名

印

親権者

ご住所：

電話番号：

氏名：

印