

未成年者 治療同意書

未成年の方で施術をご希望の方は、親権者の承諾が必要となります。

医療法人社団健英会 神戸元町通クリニック美容皮膚科 宛

私は下記未成年者の親権者（法的代理人）として、貴院で上記の施術を受けることに同意いたします。

尚、この度の美容医療施術において、緊急あるいは医学的に必要な処置等が生じた場合、貴院の指示に従います。貴院で受ける診療・治療において、異議申し立てはいたしません。

記入日 年 月 日

施術名	
申込者	
生年月日	年 月 日（満 歳）

下記の欄は必ず法的代理人（親権者）様にご記入 捺印ください

施術を受ける方 との続柄	
法的代理人氏名 （親権者）	印
住所	〒
連絡先 電話番号	

神戸市中央区元町通3丁目4番5号4F TEL078-325-8016

医療法人 健英会 神戸元町通クリニック 美容皮膚科

