

未成年の方で治療をご希望される方は、親権者の承諾が必要となります。

## 未成年者 治療同意書

VIVACEBEAUTYCLINIC 殿

私は下記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、貴院において申込者が下記の診察・治療を受けることに同意致します。

尚、この度の治療に関して、緊急あるいは医学的に必要な処置等が生じた場合は貴院の指示に従います。

貴院で受ける診察・治療において、異議申し立ては致しません。

記入日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

治療・施術名	
申込者（治療を受ける方の氏名）	
生年月日（治療を受ける方の生年月日）	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

こちらの欄は必ず法定代理人（親権者）様をご記入ご捺印下さい。

治療を受ける方との続柄	
法定代理人氏名（親権者）	⑩
住所	
連絡先	

