

医療法人優美弘仁堂 御中

未成年者の施術における親権者同意書

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、
貴院に於いて申込者が_____傷痕除去治療_____を
受けることに同意致します。

同意書記入日：_____年_____月_____日

■本人

氏名：_____

生年月日：西暦_____年_____月_____日（満_____歳）

住所：_____

電話番号：_____

■法定代理人(親権者、後見人、保護義務者)あるいは保証人

氏名：_____④_____続柄（_____）

生年月日：西暦_____年_____月_____日

住所：_____

電話番号：_____

※ 確認のため、お電話でのご連絡をさせて頂く場合があります。

※ 親権者様が全てご記入いただきご持参ください。