

## 未成年者(18歳未満)治療・施術同意書

医療法人錦秀会

ガーベラ美容クリニック 御中

私(親権者氏名) \_\_\_\_\_ は、  
(申込者氏名) \_\_\_\_\_ 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、貴院において申込者が診療・治療  
(治療内容) \_\_\_\_\_ を受けることに同意いたします。  
異議申し立てする事はありません。

※中学生以下の方は親権者の同伴が必要です。

同意書記載日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申込者：住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 (自署) \_\_\_\_\_

親権者：本人との続柄 ( )

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 (自署) \_\_\_\_\_