

未成年者治療・施術同意書

天神総合クリニック 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。

※この同意書をご使用いただく未成年とは高校生以上 20 歳未満の方となります。
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）