

未成年者の方の診療および施術に関する 〔未成年同意書〕



表参道Bjクリニック 御中

- ◆ 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、貴院において診察・施術を受けることに同意します。
- ◆ 施術に関して、緊急時または医学的に必要な処置が生じた場合、貴院の指示に従います。
- ◆ 自己都合により診察時に同伴しない場合には、後に施術内容や費用等において異議申し立ては致しません。また、すでに行った施術代および診察代の払い戻し等も請求しません。

記入日 年 月 日

申込者氏名

住 所

※必ず申込者ご本人が自署してください。

親権者氏名

続柄:

印

住 所

連絡先(TEL)

※必ず親権者ご本人が自署してください。

※診察・施術に際し、確認の為親権者の方にご連絡させて頂くことがございますので、あらかじめご了承ください。(日中につながりやすい電話番号をご記入お願い致します)