

未成年者同意書

医療法人ミント会 皮フ科かわさきかおりクリニック宛

記入日： 年 月 日

申込者が下記の希望に対して、診察・検査・治療・施術を受ける事に同意いたします。

▼申込者記入欄

申込者氏名		
生年月日	年 月 日	年齢（満 歳）
住所	〒	
連絡先		

希望施術	
------	--

私は上記の親権者（法定代理人）として貴院で診察・検査・治療・施術を受ける事に同意いたします。

▼親権者記入欄

親権者氏名		印
申込者との続柄		
住所	〒	
連絡先		

- ご記入は直筆をお願いいたします
- 20歳未満の方はご提出が必要となります
- 記入漏れや不備があった場合は治療・施術をお受けいただく事はできません