

未成年者治療同意書

治療内容

治療予定日 年 月 日

【治療を受けられる方（未成年者）】

申込者氏名	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日（満 才）
電話番号	自宅： 携帯：

【親 権 者】

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院で上記の治療を受ける事に同意いたします。

氏 名 ① 続柄（ ）

ご住所 〒

電話番号 自宅： 携帯：

※親権者（法定代理人）ご本人様が、すべての欄を直筆でご記入・ご捺印ください。

- ご記入は直筆をお願いします。
- パソコンなどで入力・印刷したものは無効です。
- 親権者様の署名があっても治療名・治療予定日・治療院等の記載漏れ、捺印がないなどの不備がある場合は無効となり、治療をお受け頂くことができません。

記入例

医療法人社団美幸会 銀座みゆき通り美容外科大阪院 宛

記入日 2023年3月15日

未成年者治療同意書

治療内容 二重まぶた

治療予定日 2023年 3月 16日

【治療を受けられる方（未成年者）】

申込者氏名	山田みゆき
ご住所	〒532-0002 大阪市北区曾根崎新地1-5-18
生年月日	2006年 3月 10日（満17才）
電話番号	自宅：06-〇〇〇〇-〇〇〇〇 携帯：080-〇〇〇〇-〇〇〇〇

【親権者】

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院で上記の治療を受ける事に同意いたします。

氏名 山田花子  続柄（実母）

ご住所 〒532-0002
大阪市北区曾根崎新地1-5-18

電話番号 自宅：06-〇〇〇〇-〇〇〇〇 携帯：080-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※親権者（法定代理人）ご本人様が、すべての欄を直筆でご記入・ご捺印ください。

- ご記入は直筆をお願いします。
- パソコンなどで入力・印刷したものは無効です。
- 親権者様の署名があっても治療名・治療予定日・治療院等の記載漏れ、捺印がないなどの不備がある場合は無効となり、治療をお受け頂くことができません。