



未成年者治療同意書

医療法人 優桜会 千里中央りょうこスキンクリニック美容・形成外科
理事長殿

わたしは、下記の患者の親権者または法的代理人として、申込者の意思を尊重し、
貴院に於いて申込者が（手術名・施術名）
を受けることに同意致します。

※診察・施術時は必ず保護者同伴でお願い致します。

（やむをえず付き添いできない場合は、事前にご相談ください。）

同意書記入日：西暦 年 月 日

氏名 _____ (印)

親権者または法定代理人：

住所 _____

氏名 _____ (印)

