

未成年者用

同意書

KOBE CLINIC 美容皮膚科 御中

私は親権者(法的代理人)として、貴院で行われる治療を甲が受けること、また診療契約を結ぶことについて同意いたします。

つきましては、貴院との診療契約を取り消すことは致しませんし、施術を受けたことに対して一切の異議申し立てを致しません。

年 月 日

甲(施術を実際に受ける者)の氏名 : _____

親権者氏名 : _____ 印

続 柄 : _____

住 所 : _____

電話番号 : _____