（西暦）　　年　　月　　日

未成年者同意書

医療法人晃奈会　エクリュクリニック　御中

申込者である＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の親権者（法定代理人）として、私が同席しない場での診療・施術の説明であっても、十分に理解し自己の利益の判断をできると認めます。

よって、今回の相談内容について、貴院と診療契約・支払い契約を結ぶことに同意します。

以上の内容について理解し承諾した上で治療を受けることに同意します。
なお、希望する場合には追加で説明を受けることが可能であることについても理解しましたが、特に追加で説明を希望することはありません。

申込者

住所

氏名　　印

生年月日

法定代理人親権者
※必ず親権者の方の直筆でご記入をお願いいたします。

住所

連絡先(TEL)

氏名　　印

続柄　（　　）