記入日　　年　　月　　日

未成年者同意書

一般社団法人 希翔会　美容皮膚科 エクリュクリニック　御中

　私は、申込者（未成年者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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、申込者が内容を十分に理解し、自らの利益を判断できると認めます。

　よって、今回のご相談内容について、申込者が貴院と診療契約および支払いに関する契約を結ぶことに同意します。

　以上の内容を理解し承諾したうえで、申込者が診療・施術を受けることに同意します。
なお、ご希望により追加で説明を受けられることも理解しておりますが、今回は追加の説明を希望しません。

1. 治療を受けられる方（未成年者）

ご本人（未成年者）	ふりがな： 氏　名：
生年月日・年齢	年　　月　　日生　（　　歳）
住　　所	〒

2. 法定代理人（親権者）

保護者（親権者）	ふりがな： 氏　名：　　印
ご本人との続柄	（　　）
ご連絡先（電話）	（　　）
住　　所	▫ ご本人と同じ　□ 異なる：〒

※必ず直筆でご記入をお願いいたします。
※黒色のボールペンでご記入ください。
※施術当日にすべてご記入・ご捺印のうえ、必ずご持参ください。
※同意書に不備がある場合は施術をお受けいただくことができません。
※本書は原本を当院のカルテに保管し、コピーを患者様控えとしてお渡しいたします。