

未成年者（20歳未満）治療同意書

トータルスキンクリニック 御中

私は下記申込者の保護者・親権者として、施術の内容及び施術に伴うリスク等の重要事項について理解・納得し、下記申込者が貴院で施術を受ける事に同意いたします。

また、治療に関して医学的処置や緊急で必要な処置が生じた場合は医師の指示に従います。

治療名（）

施術予定日 年 月 日

申込者氏名 _____

保護者署名 _____ 続柄 _____

保護者住所 _____

保護者連絡先 _____