

未成年者治療同意書

施術名：

私は、未成年であることから、親権者として申込者の意思を尊重し、法定代理人として貴院で受ける治療・施術について、効果とリスクに関する判断が可能であることを認め、貴院との同意の上治療・施術を受けることに同意致します。また、想定外の経過・追加治療が生じた場合は貴院の方針に協力し、生じた結果について異議申し立て致しません。

年 月 日

申込者（治療を受ける方）

印

住所

生年月日 年 月 日（満 歳）

法定代理人氏名（親権者）

印 続柄（ ）

住所

電話番号

BIJOU CLINIC