未成年者治療同意書

ワイズスキンケアクリニック　御中

治療年月日　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

治療名

私は、上記治療に関し、親権者として本人の意思に同意致します。

尚、治療中及び治療後も貴院を尊重し指示に従います。

　以後、上記内容について不服を申し立てる事は致しません。

以上の通り、相違ありません。

　　　　年　　　　　月　　　　日

本人　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

親権者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　続柄（　　　　　）

親権者　住所

親権者　連絡先