

未成年者同意書

記入日（西暦） 年 月 日

ワイズスキンケアクリニック
院長 山尾 依子 殿

私は、申込者 _____ が18歳未満であることから親権者として下記
申込者の意思を尊重し、親権者として貴院における _____ の治療
に同意致します。

つきましては、貴院での治療について、申込者が未成年であることを理由とした取消は
致しません。

申込者氏名（未成年者氏名） _____ ⑩

生年月日 _____ 年 月 日（歳）

ご住所 _____

電話番号 _____

親権者氏名 _____ ⑩

続柄(未成年者との関係) _____

ご住所 _____

電話番号 _____