

未成年者施術同意書

MODENA CLINIC 宛

記入日 令和 年 月 日

私 _____ (親権者) は

_____ (未成年者 患者ご本人) が

施術名

_____ の施術を、貴院で受けることに同意します。

またこの治療に関連して、医学的に必要な処置が生じた場合は医師の指示に従います。そして上記内容を十分理解し、納得した上で MODENA CLINIC において受ける診察、治療、その費用において一切の異議申し立てをしないことを同意し、手続きしたことを認めます。

患者ご本人

氏名 _____ (H.R) 年 月 日 (歳)

ご住所 _____

連絡先 _____

親権者

氏名 _____ 続柄 ()

ご住所 _____

連絡先 _____

※以上、親権者様がすべてご記入ください。