

# 未成年者治療同意書

LORE CLINIC 御中

私は、(申込者)\_\_\_\_\_

が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(施術名)\_\_\_\_\_

の治療・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。

令和 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)\_\_\_\_\_続柄( )印

住所\_\_\_\_\_

電話番号\_\_\_\_\_