



未成年者治療同意書

天神美容皮膚科 師井美樹クリニック 御中

私は、下記の申込者が未成年であることから法的代理人として申込者の意思を尊重し、貴院に於いて申込者が診療及び治療を受けることに同意致します。

同意書記入日 年 月 日

本人（申込者）

| | | | |
|-----|---|----------|---------------|
| 氏名 | | 生年 月日 | 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | | | |

法定代理人(親権者、後見人、保護義務者)あるいは保証人

| | | | |
|-----|---|----|--|
| 氏名 | | 続柄 | |
| 住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | | | |

※ 法定代理人ご本人様が、すべての欄をご記入ください。

※ 確認のため、お電話でのご連絡もさせて頂く場合があります。

連絡先

診察・治療について、ご質問がある場合や治療を受けられた後に緊急の自体が発生した場合は、下記までご連絡をお願い致します。

【連絡先】

天神美容皮膚科 師井美樹クリニック

〒810-0001 福岡県福岡市中央区天神2-3-2天神アイエスビル6階

TEL 092-406-0701