

未成年者治療同意書

治療内容

治療予定日 年 月 日

治療院 院

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満才)
電話番号	自宅： 携帯：

※私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院で上記の治療を受ける事に同意いたします。

親権者氏名	印
続柄	
ご住所	〒
電話番号	自宅： 携帯：

※親権者（法定代理人）ご本人様が、すべての欄を直筆でご記入・ご捺印ください。

- ・ご記入は直筆をお願いします。パソコンなどで入力・印刷したものは無効です。親権者様の署名があっても治療名・治療予定日・治療院等の記載漏れ、捺印がないなどの不備がある場合は無効となり、治療をお受け頂くことができません。
- ・治療同意書があった場合でも、必ず上記の番号へのお電話にて親権者様に確認を取らせていただきます。
- ・15歳以下の方はどのような治療内容でも親権者の同伴が必要です。

確認欄

・担当者名： ・確認した電話番号： ・確認した日時：202 年 月 日 :