未成年者施術同意書

ご記載年月日＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

私(＿＿＿＿＿＿＿＿《続柄：＿＿》)は本人(＿＿＿＿＿＿＿＿《続柄：＿＿》)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・納得した上で、貴院で受ける診察、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。

【当同意書で同意される施術名】

[患者様 ご本人]

ご氏名　　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日(＿＿＿＿歳)
親権者様との続柄(＿＿＿＿)
ご住所：〒

ご連絡先：＿＿＿＿＿＿(＿＿＿＿＿＿)＿＿＿＿＿＿

[親権者様]

ご氏名　　続柄(＿＿＿＿)

ご住所：〒

ご連絡先：＿＿＿＿＿＿(＿＿＿＿＿＿)＿＿＿＿＿＿

※以上、親権者様がすべてご記入ください。
※ご住所がご一緒の場合のみ、【同上】とご記載ください。
※記載が親権者様でない場合、私文書偽造罪により刑法が適応されます。