

未成年者治療同意書

【誓約・同意】 LA CLEF CLINIC 院長 殿

私は、下記の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、貴院に於いて申込者が診療及び施術・治療を受けることに同意致します。

希望する施術内容

○申込者

住所

電話番号

氏名

印



○親権者(法定代理人)

住所

電話番号

氏名

印



※本書の記入については、申込者ご記入枠以外のすべてを親権者(法定代理人)様がご記入下さい。

※本書のご持参が無い場合は、また、ご持参いただいた書面にご捺印がない場合、診察・カウンセリング、施術をお断りさせていただきます。

※親権者(法定代理人)様の身分証明書又はの身分証明書コピーのご持参がない場合は、診察・カウンセリング、施術をお断りさせていただきます。

LA CLEF CLINIC

〒150-0043

東京都渋谷区道玄坂2丁目16-5

セントラル共立ビル6階

TEL 03-3780-0132