

医療法人社団喜美会
自由が丘クリニックソフィア殿

未成年者施術についての保護者の同意書

私は、(施術を受ける方の名前) _____ が
(施術名) _____ の施術を受けることを親権者として同意します。

同意書記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受施者

住所 _____

氏名 _____

連絡電話番号 _____

親権者（後見人）

住所 _____

氏名 _____ ㊞

連絡電話番号 _____

受施者との関係 _____

- ・ 16 歳未満が施術を受ける場合は親権者の同行をお願いいたします
- ・ 手術の場合は同意書があっても、親権者に電話で確認を取らせていただきます

千葉県千葉市中央区春日 2-21-8 喜一ビル 2F
医療法人社団喜美会 自由が丘クリニックソフィア
TEL: 043-244-1177/FAX: 043-248-1333