【未成年者治療および施術契約同意書】

自由が丘皮膚科クリニック 宛

治療開始年月日： 平成　　年　　月　　日

治療および施術内容：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、上記契約並びに治療に関し、私の子である＿＿＿＿＿＿＿＿の意志に同意致します。
なお、治療中及び治療後も貴院を尊重し、指示に従います。

以後、上記内容について不服を申し立てることは致しません。
以上の通り、相違ありません。

平成　　年　　月　　日

本人 氏名：

親権者 住所：

親権者 氏名：　　捺印