

記入日 20 年 月 日

SHERIE CLINIC 宛

## 同意書(未成年者用)

### 【留意点】

- ・ 下記項目、全て親権者様をご記入ください。
- ・ 親権者様以外の方が本書面に記入した事が判明した場合、当日の治療をお断りし、キャンセル料が掛かります。
- ・ 来院した際にご記入頂く問診表と本書類の筆跡が同じ場合、当日の治療をお断りし、キャンセル料が掛かります。
- ・ 施術内容により、親権者様に確認のお電話をさせて頂く場合がございます。

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、貴院での診療・施術を受けることを同意いたします。施術に関して、緊急あるいは医学的に必要な処置が生じた場合、貴院の指示に従います。

- 未成年者氏名

\_\_\_\_\_

- 親権者氏名

\_\_\_\_\_ (印)(続柄 )

- 親権者住所

\_\_\_\_\_

- 親権者連絡先

\_\_\_\_\_