

# 未成年者治療同意書

真誠会セントラルクリニック美容外来 殿

私は、(施術者) \_\_\_\_\_ が未成年であることから、親権者として  
施術者の意思を尊重し、当院で受ける治療・施術について、効果とリスクに関する判断  
が可能であることを認め、当院との同意の上、  
\_\_\_\_\_ の治療・施術を受けることに同意します。

令和            年            月            日

施術者（治療を受ける方） \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年            月            日            （満            歳）

親権者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（            ）

電話番号 \_\_\_\_\_