

未成年者 親権者同意書

MYU CLINIC 御中

私は、下記の申込者が18歳未満の未成年者であることから、親権者（法定代理人）として、本人の意思を確認したうえで、MYU CLINICにおいて下記の診察・カウンセリング・施術または治療を受けることに同意いたします。また、施術・治療の内容、期待される効果、経過、リスク・副作用・合併症、代替となる治療方法、費用等について説明を受け、または本人を通じて内容を確認し、十分に理解したうえで同意いたします。

施術・治療内容

施術・治療名	
施術予定日	年 月 日

申込者（未成年者）

氏名	
生年月日	年 月 日 （ 歳）
住所	〒
電話番号	

親権者（法定代理人）

私は、上記申込者がMYU CLINICにおいて、上記の診察・施術・治療を受けることに同意いたします。

親権者氏名（自署）	
申込者との続柄	
住所	〒
電話番号	

注意事項

- ・本同意書は、必ず親権者（法定代理人）ご本人が内容をご確認のうえ、ご署名ください。
- ・記載内容に不備がある場合、施術・治療をお受けいただけない場合があります。
- ・施術内容が変更または追加となる場合は、改めて親権者の同意を確認させていただく場合があります。
- ・必要に応じて、親権者へお電話等で同意内容を確認させていただく場合があります。
- ・本同意書とは別に、各施術・治療に関する同意書への署名が必要となります。

MYU CLINIC

医師 永渕 謙

医師 永渕 幸奈