

未成年施術同意書

Kuma CLI御中

私は、(申込者) _____ が未成年であることから、親権者として

申込者の意思を尊重し、法定代理人として貴院と同意の上、

(施術名) _____ の治療・施術を受けることに

同意致します。

また、想定外の経過・追加治療が生じる可能性やリスクがあることを予め承諾し、

万が一、かかる事態が生じた場合には、貴院の治療方針に協力し、損害賠償請求その他一切

の異議申し立てを致しません。

年 月 日

申込者(治療を受ける方) _____ 印

住所 _____

生年月日 年 月 日 (満 歳)

法定代理人氏名(親権者) _____ 印 続柄()

住所 _____

電話番号 _____