

# 未成年者施術同意書

記入日： 年 月 日

医療法人社団白慈会  
白金坂の上診療所 御中

私は親権者として申込者が貴院にて施術・処方を受けることに同意致します。

## 《申込者》

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_

## 《親権者（法定代理人）》

氏名： \_\_\_\_\_ (印)

申込者との関係： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

連絡先（電話番号）： \_\_\_\_\_

※同意書のご記入は親権者の方の直筆でお願い致します。

※施術日に必ず本同意書をご持参ください。基本的に同意書が無いと施術は受けられません。