

# 未成年同意書

\_\_\_\_\_年 月 日

LIBER CLINIC（リベル クリニック）

院長 矢橋 洋一郎 殿

親権者である私は、申込者である \_\_\_\_\_ が

右記の治療 \_\_\_\_\_

について十分に説明を受け理解し、治療を受けることに同意致します。

## 【 申込者 】

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## 【 法定代理人（親権者） 】

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_