

未成年同意書

年 月 日

LIBER CLINIC
院長 矢橋 洋一郎 殿

親権者である②は、申込者である①が下記の治療
()
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いたします。

また緊急時や医学的に必要な処置が生じた場合、貴院の指示に従います。
既に行った施術代払い戻し等も請求しません。

【 ①申込者 】

氏名 ()

住所 ()
※必ず施術を受けるご本人様をご記入ください。

【 ②親権者 】

氏名 () 続柄 ()

住所 ()

連絡先 ()

※診察・施術に際し、確認の為親権者の方にご連絡させて頂く場合がございますので、あらかじめご了承ください。(日中に繋がりやすい電話番号をご記入お願いいたします。)

LIBER CLINIC TEL:048-662-9618 〒330-0845 埼玉県さいたま市大宮区仲町2-9 仲町シロタビルEAST302