

未成年同意書

<治療を受ける申込者が未成年である場合>

私は、申込者の親権者（法定代理人）として、貴院での関連医療治療行為を一任の上、申込者が治療を受けることに同意します。

年 月 日

親権者
法定代理人

住 所 _____

署 名 _____

スマートクリニック

<コース内容>

施術部位 _____

施術可能回数 _____回

有効期限 _____年 月 日 ~ _____年 月 日迄