

# 未成年同意書

年 月 日

BMC クリニック南青山/心斎橋 御中

治療を受ける未成年の方のお名前

私は、「  
」が、診療・施術の説明を十分に理解し、ご自身の利益とリスクについて判断が可能であることを認め、BMC クリニック南青山/心斎橋との診療契約を交わすことに親権者として同意致します

## ■ 申込者記入欄 ■

申込者氏名	
生年月日	年 月 日 (満 歳)
ご住所	〒
ご連絡先	
治療/施術名	

※治療内容が決定していない場合は、希望する内容のご記入をお願い致します。

必ず親権者の直筆にてボールペン等でご記入をお願いします

## ■ 親権者記入欄 ■

法定代理人氏名 (直筆にて記入)		印
申込者との関係		
ご住所 ※申込者と住所が異なる場合に記入してください	〒	
ご連絡先		

忘れずにご捺印ください

※法的代理人の身分証の写しが必要となりますので、当日のご用意をお願い致します。

※当日は親権者の方のご同伴か、親権者の方と直接お電話でご連絡が取れるようご準備ください。

※万が一、同意書のご記入に不備があった場合は治療をお受けいただくことができません。