

未成年者同意書

医療法人島田クリニック 理事長島田英徳 殿

私は、下記契約者の親権者（法定代理人）として、私が同席しない場での診療・施術の説明であっても、効果やリスクを十分に理解し自己の利益の判断をできると認めます。

よって、以下施術について、診察・施術・治療を受けることに同意します。

記入日	西暦	年	月	日
施術名				

契約者				
氏名	印			
住所				
生年月日	西暦	年	月	日

親権者	
氏名	印（続柄：）
住所	
電話番号	