

# 未成年者の施術に対する同意書

当院では、未成年の患者様が施術を受けるにあたり、医師から十分な説明を行うとともに親権者様の同意を頂戴しております。

また、リスクについての説明・同意の元で施術を行い、何らかの問題が起きた場合、又同意書のサインが親権者様のものでなかった場合、当院は一切免責されるものといたします。

私は、施術について十分に理解し親権者の同意の元、我孫子東邦クリニックの施術を受けることに同意します。

年 月 日

ご本人 氏名 印

私は、施術を受ける本人が未成年であることから親権者として本人の意思を尊重し、我孫子東邦クリニックの施術を受けることに同意します。

年 月 日

電話番号：

親権者 氏名 印

※ 施術当日に親権者様へ確認のお電話をさせていただき、確認が出来次第の施術となりますこと、ご了承の程よろしくお願いいたします。