

# 二十歳未満 施術 同意書

年 月 日

プライム銀座クリニック 御中

私共(親権者)は貴院におきまして、受診者が下記の治療又は施術を行うことに同意します。

## ●受診者

治療・施術名			
氏名 (受診者直筆)			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号			

## ●親権者

氏名 (親権者直筆)	印	続柄	
住所	〒		
電話番号			

氏名 (親権者直筆)	印	続柄	
住所	〒		
電話番号			

【親権者様へ】 20歳未満受診者が治療又は施術を行う場合は親権者様(成人の方の場合はご両親)の同意が必要となりますので上記事項にご記入とご捺印の上、治療・施術日までに当院へご提出をお願い申し上げます。