

## 未成年同意書

※未成年の方は、来院時にこの同意書が必要です。

※同意書お忘れの場合、診察(カウンセリング)を受けることが出来ません。

※法定代理人は親権者もしくは、未成人後見人の方でお願いします。

※法定代理人の方への確認のご連絡をさせていただく場合がありますので、  
「連絡先」欄には連絡可能な電話番号をご記入下さい。

記入日（西暦）

年

月

日

森智恵子美容皮膚科殿

私は、申込者の法定代理人として貴院での関連する治療行為を一任の上、  
申込者が下記治療を受ける事に同意します。

申込者

治療名	
氏名	
生年月日	
連絡先	

法定代理人記入欄

氏名	
申込者との続柄	
住所	
連絡先	