

未成年治療契約同意書

Clinick Blossom 宛

治療予定日 年 月 日

治療内容

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院で上記の治療を受ける事に同意いたします。

年 月 日

本人 氏名

親権者 住所

親権者 氏名

- ご記入は直筆でお願いします。
- パソコンなどで入力・印刷したものは無効です。
- 親権者様の署名があっても治療名・治療予定日・治療院等の記載漏れ、捺印がないなどの不備がある場合は無効となり、治療をお受け頂くことができません。