

# 未成年者治療同意書

グランヴォーテ 御中

私は、(申込者) \_\_\_\_\_ が未成年であることから、親権者として申込者の意思を尊重し、法定代理人として貴院で受ける治療・施術について、効果とリスクに関する判断が可能であることを認め、貴院との同意の上

(施術名) \_\_\_\_\_ の治療・施術を受けることに同意致します。

また、想定外の経過・追加治療が生じた場合は貴院の方針に協力し、生じた結果について異議申し立て致しません。

令和 年 月 日

申込者（治療を受ける方） \_\_\_\_\_ ①

住所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（満 歳）

法定代理人氏名（親権者） \_\_\_\_\_ ① 続柄（ ）

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_