

保護者同意書

未成年の方で、自費治療をご希望される場合は、保護者の承諾が必要になります。

来院時、保護者の方が同伴して頂くか、またはこちらの同意書をお持ちください。

同意書は、直筆で保護者の方のお名前と住所、認印をお願いいたします。

(*未成年は体が成長期の段階にあり、毛根も成長している途中です。脱毛をして一時的に毛を減らしても、成長とともに再び毛が生えてきてしまう可能性があります。子供はメラニン色素が薄い場合が多く、脱毛効果を実感しにくいこともあります。)

みらい内科クリニック 殿

(治療を受けられる方のご氏名)

_____ が、みらい内科クリニックにおいて、

自費での診察・投薬・処置など治療を受けることに保護者として同意しました。

また、その治療に伴い発生する予期せざる事態に関しては、医学的に必要な処置を

受けることについても同意しました。

(西暦/元号) 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

続柄 _____

ご住所 _____

お電話番号 _____