

# 未成年施術同意書(法定代理人用)

医療法人さくら会 BIOLIS CLINIC 御中

私(親権者氏名) \_\_\_\_\_は(申込者氏名) \_\_\_\_\_が未成年であることから、親権者として申込者の意見を尊重し、法定代理人として貴院で受ける診察、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、貴院において申込者が同意の上で、診察、施術(施術内容) \_\_\_\_\_の治療、施術を受けることに同意致します。また、想定外の経過や追加治療、緊急対応が生じた場合は貴院の方針に従い、生じた結果を了承のうえ、異議申し立てないことを承諾します

令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

【申込者】治療を受ける方

住所:

電話番号:

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

お名前: \_\_\_\_\_ 印

【親権者】親権者

住所:

電話番号:

お名前: \_\_\_\_\_ 印

本人との続柄:

※この同意書をご使用いただく未成年とは高校生以上18歳未満の方となります。

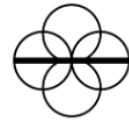
当院では安全管理上の院内規程として18歳未満を「未成年者扱い」とし、法定代理人の同伴・同意を必須とするため中学生以下の方は親権者の同伴が必要です。

以下注意事項になりますのでご確認ください

- ご記入は自筆にてお願い致します。
- 未成年治療同意書と一緒に**親権者身分証コピー**もご持参ください。
- パソコン等によるご記入は無効となります。
- 鉛筆やフリクション(消えるボールペン)等をご遠慮ください。
- 記入漏れや不備、親権者身分証コピーの持参が無い場合は施術をお断りさせていただきます。
- 同意書は施術毎にご記入お願い致します。

※お預かりした個人情報「医療法人さくら会」にて共有し完結日より5年保存として厳重に管理いたします。

医療法人さくら会



BiOLiS CLINIC