

## 未成年者 受診・治療同意書

- ※未成年者の方は、来院時にこの同意書が必要です。
- ※同意書をお忘れの場合、診察 (カウンセリング)を受けることができません。
- ※法定代理人記入欄は必ず代理人本人が記入してください。
- ※法定代理人は親権者もしくは、未成年者後見人の方でお願いします。
- ※法定代理人の方へ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ください。

記入日(西暦) 月 日

一般社団法人 Libra susu Bibity Clinic 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ことに同意します。

### 申込者

治療名			
氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	
連絡先			

### 法定代理人記入欄

氏名		印
申込者との続柄		
住所		
連絡先		