**未成年治療契約同意書**

ClinicK　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。