



未成年治療同意書

記入日 2025 年 1 月 1 日

Villa Beauty Clinic 御中

治療内容: 二重埋没

治療予定日: 2025年1月15日

□治療を受けられる方(未成年者)□

申込者氏名	美良 花子
ご住所	〒 802 - 0006 福岡県北九州市小倉北区魚町1丁目一〇一〇 〇〇ビル〇階
生年月日	2010 年 1 月 2 日 (満 15 歳)
電話番号	000 - XXXX - XXXX

□親権者□

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ことに同意いたします。

親権者氏名	美良 太郎
申込者との続柄	父
ご住所	〒 - 同上
電話番号	000 - XXXX - XXXX

※親権者(法定代理人)ご本人様が署名・捺印してください。

- 記入内容確認のお電話をする場合があります。
- ご記入は直筆でお願いいたします。パソコンなどで入力・印刷したものは無効です。
- ご記入いただいた個人情報は、同意確認の目的のみに使用いたします。

ご捺印をお忘れなく