

未成年者施術同意書

M'sクリニック 院長殿

(申込者) _____ が(施術名) _____ の
施術を受けることに同意致します。また、診療内容に応じて写真撮影を行なうことに同意致します。
想定外の経過・治療追加が生じた場合は貴院の方針に協力することに同意し、自己判断で治療変更によ
って生じた結果について貴院に一切の異議を申し立て、診療契約を取り消すことは致しません。
コース治療については返金不可であり、医師の判断で治療中止となった場合には返金対象になること
について同意致します。

以上の内容を十分に理解し、診療契約・支払い契約を結ぶことに同意致します。

令和 年 月 日

申込者(治療を受ける方) _____ ⑩

住所 _____

生年月日 年 月 日 (満 歳)

法定代理人(親権者) _____ ⑩ (続柄)

住所 _____

電話番号 () _____