

# 未成年者施術同意書

MSA美容外科 宛

記入日 令和 年 月 日

私 \_\_\_\_\_(親権者)は

\_\_\_\_\_ (未成年者 患者ご本人)が

施術名 \_\_\_\_\_の施術を、貴院で受けることに同意します。

またこの治療に関連して、医学的に必要な処置が生じた場合は医師の指示に従います。そして上記内容を十分理解し、納得した上でMSA美容外科において受ける診察、治療、その費用において一切の異議申し立てをしないことを同意し、手続きしたことを認めます。

患者ご本人

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日( 歳)

ご住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

親権者

氏名 \_\_\_\_\_ (印) 続柄 ( )

ご住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

※以上、親権者様がすべてご記入ください。

MSA