

年 月 日

未成年者同意書

マハナ眼科クリニック古川医院 御中

申込者である_____の親権者（法廷代理人）として、私が同席しない場
での診療・施術の説明であっても、十分に理解し自己の利益の判断をできると認めます。

よって、今回の相談内容である_____について、貴院と診療契約・支払い契約
を結ぶこと、施術を受けることに同意します。

申込者 住所

氏名 印

生年月日 年 月 日

親権者 住所

連絡先（電話番号）

氏名 印

続柄（ ）