

## 未成年の方へ

18歳未満の方は親権者の方の同意が必要です。まだ知識や経験が未熟である未成年の方が不利益を被る契約をしないために、治療の内容、必要性、リスクについて患者さんご本人と親権者の方に十分にご理解いただき、その上で同意を得る必要があります。必要事項を患者様、親権者の方、それぞれ直筆でご記入、ご捺印し治療当日までにご提出ください。

## 法定代理人同意書

Bloom Delight Clinic 院長 柴田 智一 殿

年 月 日

私は申込者（未成年者）の法定代理人として、治療の内容、必要性、リスクについて十分に理解をした上で、申込者が貴院で下記治療を受けることに同意いたします。

申込者

施術名	
申込者氏名	
生年月日	年 月 日（満 才）
連絡先電話番号	

法定代理人

氏名		印
続柄		
ご住所		
連絡先電話番号		

スタッフ記入欄

確認者			
確認方法	同席	電話	
確認年月日	年	月	日

〒160-0022  
東京都新宿区新宿 3 丁目 8-9  
平生ビルディング 6 階  
電話 03-3359-2100  
Bloom Delight Clinic