

# 未成年治療契約同意兼保証書

コスメディカルクリニック シンシア 殿

治療 年月日： 年 月 日

治療 名称： \_\_\_\_\_

本日、私は、上記契約並びに治療に関し、本人の意思に同意致します。

なお、治療中及び治療後も貴院を尊重し、指示に従います。

以後、上記内容について不服を申し立てず、上記契約の不履行に伴う損害を賠償致します。

以上の通り、相違ありません。

\_\_\_\_\_ 年 月 日

本人 氏名： \_\_\_\_\_

親権者兼保証人 氏名： \_\_\_\_\_

印

親権者兼保証人 住所： \_\_\_\_\_

親権者兼保証人 氏名： \_\_\_\_\_

印

親権者兼保証人 住所： \_\_\_\_\_

※両親が親権者である場合には、父母共に記入。