

# 未成年者の方へ

メディエス銀座クリニック

未成年者の方が当クリニックで契約され治療を受ける場合は、下記の内容に準じた保護者の方の同意書が必要です。本同意書を保護者の方に自筆にてご記入いただいた上で、当クリニックまでご持参ください。

## 同意書

メディエス銀座クリニック御中

私は、\_\_\_\_\_が貴クリニックと取り交わす  
契約書及び治療同意書について、保護者として同意いたします。

令和            年            月            日

患者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印