

# 未成年治療同意書

椿クリニック 院長殿

(申込者) \_\_\_\_\_ が

(施術名) \_\_\_\_\_ の

施術を受けることに対して、その内容・リスク・効果・費用等の説明を受け、十分に理解し、同意いたします。

また、診療内容に応じて写真撮影することに同意いたします。想定外の経過・治療追加が生じた場合は、貴院の方針に協力することに同意し、自己判断での治療変更によって生じた結果について貴院に異議申し立てをしません。

以上の内容を十分に理解し、診療契約・支払い契約を結ぶことに同意いたします。

同意日 年 月 日

同意書名（保護者名） \_\_\_\_\_ ④