

## 保護者同意書

医療法人社団友志会  
ララクリニック御中

- 1 私保護者(氏名) \_\_\_\_\_ は、未成年者(氏名) \_\_\_\_\_ が、  
下記の施術・治療(以下「本施術等」といいます。)を受けることに同意いたします。
- 2 本施術等に関し、医師からの説明を十分に理解し、納得したうえで施術を受けます。
- 3 本施術等に関し、医学的に必要な処置がある場合、当クリニック医師の指示に従い、未成年者が治療を受けることを了承いたします。

### 記

施術・治療名： \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

【未成年者】

住 所

氏 名

【保護者】

住 所

氏 名

(未成年者との続柄： \_\_\_\_\_)