

# 未成年者施術同意書

患者 情報	氏名		生年月日		性別	
	連絡先					

法定 代理人	姓名		出生年月日		性別	
	連絡先				関係	

施術日時	年 月 日
施術内容	

上記 法定代理人は  
ミューズ医院で副作用と注意事項について十分な説明を聞き  
\_\_\_\_\_が、施術する事に同意し、  
施術する事について異議申し出をしない事に同意し、  
法的代理人情報を偽って作成し発生した法的責任は上記法的代理人、本人にあります。

作成日時： 年 月 日

患者本人： (印)

法定代理人： (印)