

# 未成年治療契約同意兼保証書

ルクスクリニック御中

同意日：           年           月           日

施術日：           年           月           日

治療名： \_\_\_\_\_

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。

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ことに、

法定代理人親権者として、民法第5条1項により同意承諾致します。

本人 氏名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_

本人 住所： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

親権者兼保証人 氏名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

親権者兼保証人 住所： \_\_\_\_\_

親権者兼保証人 電話番号： \_\_\_\_\_

親権者兼保証人 氏名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

親権者兼保証人 住所： \_\_\_\_\_

親権者兼保証人 電話番号： \_\_\_\_\_

※ご本人と親権者様の身分証明書の両面のコピーをご持参ください。本書のご持参がない場合は、契約をお断りさせて頂きます。

※施術の前に親権者様に、ご確認のお電話をさせて頂きます。