

# 未成年者同意書

年 月 日

NI メディカルクリニック（乙）

住所：愛知県名古屋市千種区千種区今池 5-1-5 名古屋センタープラザビル 12F

TEL：0120-81-3038

私は、貴クリニックの行う治療に対し、貴クリニックより事前に提供された書面に基づき  
甲・乙間において締結される、契約書記載の内容を承諾の上、甲の契約申し込みに同意しま  
す。

|        |        |    |   |
|--------|--------|----|---|
| 契約者(甲) |        |    |   |
| 生年月日   | 年 月 日生 | 年齢 | 歳 |
| 住所     |        |    |   |
| 電話番号   |        |    |   |

◆同意者

※親権者ご本人が署名・押印してください。

年 月 日

親権者

氏名 印 契約者との続柄

住所

電話番号