

未成年者同意書

医療法人社団天翔会 MET BEAUTY CLINIC

理事長 福山 千代子 殿

記入年月日 年 月 日

※申込者が下記の施術（a）を受けることに同意いたします。

ふりがな			
申込者	氏	名	
生年月日	西暦	年 月 日	年 齡 満 歳
住 所	〒 - 都・道・府・県 市・郡・町・村		
連絡先			

施術名 (a)	
------------	--

※法定代理人ご本人さまがご記入、押印していただきますようお願いいたします。

ふりがな			
法定代理人 (親権者等)	氏	名	
申込者との関係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ()		
住 所	〒 - 都・道・府・県 市・郡・町・村		
連絡先			