

未成年者同意書

クリニック院長 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・群・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・群・町・村		
連絡先			