未成年者同意書

大美会クリニック

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　齢	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	□父親　□母親　□その他（　　）	
住　　所	〒　　- 都・道・府・県　　市・群・町・村	
連絡先		