



施術・治療未成年同意書

この度、下記の申込者が未成年であることから親権者として

申込者が施術及び治療を受けることに同意致します。

同意書記入日： 年 月 日

申込者氏名： _____

住所： _____

電話： _____

親権者（自署）： _____ ④

住所： _____

電話： _____

申込者との続柄（ ）

※未成年の方は、来院時にこの同意書が必要です。

※同意書をお忘れの場合、診察(カウンセリング)を受けることができません。

※親権者の方へ確認のご連絡をさせていただく場合がありますので、「連絡先」欄には連絡可能な電話番号をご記入ください。