



## 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。