

未成年者同意書

申込者が下記の希望に対して、来院、診察、施術を受けることに同意し、署名します。

▼申込者 記入欄

| | | | | | | |
|---------|---|---|---|----|---|---|
| 申込者氏名 | | | 印 | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 満 | 才 |
| 住所 〒 | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | |
| 施術名 | | | | | | |

▼親権者 記入欄 ※この欄は必ず親権者の方がご記入ください

| | | | |
|-----------|--|--|---|
| 保護者氏名(自書) | | | 印 |
| 申込者との続柄 | | | |
| 住所 〒 | | | |
| 連絡先 | | | |