

未成年施術同意書

年 月 日

RE:ALL clinic 御中

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、署名致します。

▼申込者 記入欄

申込者氏名	
生年月日	年 月 日 (年齢: 満 才)
住所	〒
連絡先	電話番号: メールアドレス:
施術名	

▼親権者 記入欄

親権者氏名	印
住所	〒
連絡先	電話番号: メールアドレス:

※親権者、もしくは成年の配偶者(既婚の場合)の直筆記載に限ります