未成年者同意書

SD C5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。

フリガナ			
申込者	氏	名	
生年月日	西暦　　年　　月　　日	年齢	満　　歳
住所	〒　　―		
連絡先			

施術名（a）	

※法定代理人ご本人様がご記入、押印していただきますようお願いいたします。

フリガナ		
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	〒　　―	
連絡先		