

未成年者用

医療法人社団 紡潤会 宛

記入日

年

月

同意書

施術名

施術院

院

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 才)
電話番号	自宅: 携帯:

※私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院で上記の施術を受ける事に同意いたします。

親権者氏名



続 柄

ご住所

〒

電話番号

自宅: 携帯:

※親権者（法定代理人）ご本人様が、すべての欄をご記入・ご捺印ください。

※必ず黒色のボールペンでご記入ください。

※未記入等の箇所がある場合は、親権者様への確認を行う場合がございます。

※ご印鑑はシャチハタ以外のご印鑑をご使用ください。