

未成年者同意書

医療法人 仁由会
ウェルネスビューティクリニック
院長 殿

西暦 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。

ふりがな			
申込者	氏	名	
生年月日	西暦 年 月 日	年 令	満 才
住 所	〒 _____ 都・道 市・郡 府・県 町・村		
連絡先			

施術名 (a)	
---------	--

※法定代理人ご本人さまがご記入、押印していただきますようお願いいたします。

ふりがな		
法定代理人 (親権者等)	氏	名 (印)
申込者 との関係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ()	
住 所	※申込者ご住所、ご連絡先が異なる場合はご記入ください 〒 _____ 都・道 市・郡 府・県 町・村	
連絡先		