

未成年者同意書

医療法人仁由会

日本ウェルネス再生クリニック

院長 殿

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※申込者が下記の施術（a）を受ける事に同意いたします。

ふりがな			
申 込 者	氏	名	
生 年 月 日	西暦	年	月 日
		年 令	満 才
住 所	〒 _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> 都・道 市・群 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> 府・県 町・村 </div>		
連 絡 先			
施術名(a)			

※法令代理人様が記入、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	※申込者とご住所、 ご連絡先が異なる場合はご記入ください 〒 _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> 都・道 市・群 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> 府・県 町・村 </div>		
連 絡 先			