

未成年者治療同意書

仙台N美容クリニック 殿

私は、下記の申込者が未成年であることから親権者(法定代理人)として申込者の意思を尊重し、貴院に於いて申込者が

診察及び _____ の施術・治療を受けることに同意致します。

※ご希望の施術内容をご記入お願い致します。

同意書記入日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

申込者：住所 〒 _____

電話番号 _____

氏名 _____ 印

法定代理人(親権者、未成年後見人)

：住所 〒 _____

電話番号 _____

氏名 _____ 印 申込者との関係：(_____)

※本書の記入は、申込者ご記入枠以外の全てを親権者(法定代理人)様をご記入下さい。

※本書のご持参、捺印がない場合は、カウンセリング、施術をお断りさせていただきます。