記入日＿＿＿年＿月＿日

EMISHIA CLINIC 宛

未成年者 治療・施術 同意書

治療・施術名	
申込者氏名（未成年者）	
住所	〒
生年月日	年　月　日　（満　歳）
電話番号	

私は、上記未成年者の親権者として、上記施術を受けることに同意いたします。

親権者氏名	㊞　続柄
住所	〒
電話番号	

＊ 親権者ご本人で署名、捺印をお願いします。