

未成年者同意書

一般社団法人凰晴会
KAIKA クリニック 御中

私は、申込者が未成年であることから、親権者として貴院において下記の施術・治療を受ける事について同意致します。

記入年月日 年 月 日

申込者	フリガナ		
生年月日			年齢 満 歳
住所	〒		
連絡先	<input type="checkbox"/> 電話		
	<input type="checkbox"/> 携帯電話		
施術・治療名			

申込者	フリガナ		
	㊞		
申込者との関係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 母親		
住所	〒		
連絡先	<input type="checkbox"/> 電話		
	<input type="checkbox"/> 携帯電話		