未成年者　治療及び施術同意書

湘南藤沢心臓血管クリニック　御中

私は、申込者の親権者として、下記の治療内容を貴院のクリニックホームページにおいて確認し、申込者が治療を受けることに同意し、署名いたします。

□同意書記載日＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

□治療内容

▯ レーザー脱毛 ▯ ピアスの穴あけ（耳たぶ,ヘリックス,臍）

▯ シミ,黒子、イボ治療

□申込者　記入欄

申込者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：西暦＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□親権者　記入欄

氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

申込者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿