

# 未成年者施術同意書

マリアクリニック御中

施術名

---

---

氏名

---

生年月日

---

住所

---

電話番号

---

平成 年 月 日

受診者が上記治療を受ける事を承諾します。

親権者 氏名

印 (続柄 )

住所

(注) 親権者ご自身が署名捺印してください。