

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。