

未成年治療・施術同意書

私、(親権者氏名) _____ は、
この度、(手術申込者氏名) _____ が、
(施術名) _____ の施術を受けることに同意致します。

◆同意日◆

令和 年 月 日

◆ご住所◆

〒 -

◆親権者ご連絡先◆
(携帯電話番号)

◆親権者氏名◆

⑩

本書は、全て親権者ご本人の直筆にてご記入下さいますようお願い申し上げます。
※当クリニックにて同意書確認後、本書をご記入頂いた親権者へ確認の電話をさせていただきます。
ご連絡先には必ず親権者個人のお電話番号をご記入下さい。
記入方法が分からないという場合は、下記フリーダイヤルまでご連絡下さい。



Youme Beauty Clinic

☎ 0120-31-3170 (10:00 ~ 18:00)

私、(親権者氏名) 夢 太郎 は、
この度、(手術申込者氏名) 夢 花子 が、
(施術名) 二重埋没法 の施術を受けることに同意致します。

◆同意日◆

令和 4 年 2 月 15 日

◆ご住所◆

〒 839-0865

福岡県久留米市新合川 1-3-30

◆親権者ご連絡先◆

(携帯電話番号)

090-××××-×××××

◆親権者氏名◆

夢 太郎



本書は、全て親権者ご本人の直筆にてご記入下さいますようお願い申し上げます。

※当クリニックにて同意書確認後、本書をご記入頂いた親権者へ確認の電話をさせていただきます。

ご連絡先には必ず親権者個人のお電話番号をご記入下さい。

記入方法が分からないという場合は、下記フリーダイヤルまでご連絡下さい。



Youme Beauty Clinic

☎ 0120-31-3170 (10:00 ~ 18:00)