

未成年者治療同意書

HAAB BEAUTY CLINIC 横浜 殿

わたしは、下記の申込者が未成年であることから親権者として申込者 の意思を尊重し、法的代理人として、貴院に於いて申込者が診療及び
_____ 施術・治療を受けることに同意致します。

同意書記入日 令和 年 月 日

申込者：住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印

親権者：住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印