

未成年者 治療及び施術同意書

いずみ皮膚・形成外科クリニック 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

<input type="checkbox"/> ほくろ治療	<input type="checkbox"/> 二重瞼	
<input type="checkbox"/> 脱毛	<input type="checkbox"/> マクロゴールピーリング	<input type="checkbox"/> レーザーフェイシャル
<input type="checkbox"/> ピアスの穴あけ	<input type="checkbox"/> その他	

* 施術により親権者の同伴が必要な場合がございます。

* 申込者 記入欄

申込者氏名							
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳
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								