未成年治療・施術同意書

申 込 者 氏 名 （未成年者）	
ご 住 所	〒
生 年 月 日	年　　月　　日　（満　　歳）
電 話 番 号	自　宅： 携　帯：
施 術 名	
施 術 予 定 日	年　　月　　日

私は、上記未成年者の親権者として、申込者が施術名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を受けるにあたり、貴院より十分な説明を受けましたので、同意いたします。

年　　月　　日

親権者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　自宅：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　携帯：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※親権者(法定代理人) ご本人様が、署名・捺印をしてください。

Natural Aging Clinic
千葉県千葉市中央区新千葉 2-2-1 新日本 EX ビル 5F
TEL：043-441-3063　FAX：043-441-3064

※原本は当院にて保管しております