

未成年同意書

年 月 日

私は、下記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院（SEACLINIC）で下記の施術を受けることに同意致します。

ふりがな 未成年者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号			

記入日 年 月 日

施術名

親権者氏名 印 続柄

住所

電話番号

※親権者（法定代理人）ご本人様が直筆でご記入・ご捺印ください。

枠内は未成年者ご本人様が直筆でご記入ください。

診察・施術に際し。確認のため、親権者の方にご連絡させていただく場合がございます。

日中につながりやすい電話番号をご記入ください。

SEA CLINIC

東京都中央区銀座7丁目8番1

銀座梅林ビル9階

電話番号 03-6263-8168