

未成年者治療同意書

アリエル美容クリニック 殿

私は、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察及び

_____ の施術・治療を受けることに同意致します。

・ご希望の施術内容をご記入お願い致します。

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

※本書の記入については、申込者ご記入枠以外の全てを親権者（法的代理人）様をご記入下さい。

※本書のご持参がない場合は、カウンセリング、施術をお断りさせていただきます。

※捺印がない場合は、カウンセリング、施術をお断りさせていただきます。