

記入日 _____年 ____月 ____日

医療法人晃和会ウェルエイジングクリニック南青山 宛

未成年者 治療、施術 同意書

治療・施術名	
申込者氏名(未成年者)	
住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 歳)
電話番号	

私は、上記未成年者の親権者として、
上記施術を受けることに同意いたします。

親権者氏名	印 続柄 ()
住所	〒
電話番号	

* 親権者ご本人で署名、捺印をお願いします。