

## 未成年者治療・施術同意書

施術名 \_\_\_\_\_

施術予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

申込者氏名  
(未成年者) \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (満  
才) \_\_\_\_\_

自宅: \_\_\_\_\_

電話番号 携帯: \_\_\_\_\_

親権者氏名 \_\_\_\_\_

疏柄 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

自宅: \_\_\_\_\_

電話番号 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。