

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。