

未成年親権者施術同意書

記入日 年 月 日

医療法人社団いちだクリニック 御中

私は _____ が下記の治療・施術を受けることに親権者として同意署名致します。

※ご記入は直筆にてお願い致します。必ず鉛筆ではなくボールペン等をお使いください。

施術名 _____

施術者本人氏名	
施術者生年月日	
親権者署名	⑩
住所	〒
連絡先	()

※親権者様がすべてご記入いただき、親権者氏名欄へご捺印の上でご持参ください。
ご記入漏れ等の不備があった場合や、お忘れになりますと、施術が受けられませんのでご注意ください。

※ご提出内容の確認のため、親権者様へお電話でご連絡させていただく場合もございます。