

未成年施術契約同意・承諾書

同意書記入日： 年 月 日

貴院 とりい皮膚科クリニックにおける診療及び施術、それに関わる各支払い契約に関しまして、その親権者として同意し、その契約を締結することをここに承認いたします。

施術名 _____

申込者氏名 _____

生年月日 年 月 日 年齢 歳

住所 _____

連絡先（自宅・携帯） _____

親権者氏名 _____（続柄： _____） ⑩

生年月日 年 月 日 年齢 歳

親権者住所 _____

親権者連絡先（自宅・携帯） _____

※親権者様ご本人が署名・捺印ください

※必ず黒色のボールペンでご記入ください

※同意書に不備があった場合、カウンセリングや治療をお受けいただけない場合がございます

※場合によっては、電話確認をさせていただく場合がございます