

未成年者用

神戸北野クリニック宛

記入日

年

月

日

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)
電話番号	自宅： 携帯：

私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として、
貴院で上記の施術を受ける事に同意いたします。

親権者氏名

㊟

続柄

〒

ご住所

自宅：

電話番号

携帯：

※親権者(法定代理人)様が全て記入頂きご持参ください。