

## 未成年者同意書

クリニック院長 興津茂行 殿

記入年月日          年          月          日

※申込者が下記の施術（a）を受けることに同意いたします。

ふりがな			
申込者	氏	名	
生年月日	西暦	年	月
	日	年 齢	満 歳
住 所	〒 - 都・道・府・県 市・群・町・村		
連絡先			

施術名 (a)	
---------	--

※法定代理人ご本人さまがご記入、押印していただきますようお願いいたします。

ふりがな			
法定代理人 (親権者 等)	氏	名	
申込者との関係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 (          )		
住 所	〒 - 都・道・府・県 市・群・町・村		
連絡先			