

未成年者治療・施術同意書

年 月 日

リゾナスフェイスクリニック東京 御中

私（保護者）は貴院におきまして、受診者が下記の治療・施術を行うことに同意します。

●受診者

治療・施術名			
氏名 (受診者直筆)			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号			

●保護者

氏名 (保護者直筆)	印	続柄	
住所	〒		
電話番号			

【保護者様へ】

未成年（18歳未満）の受診者が治療及び施術を行う場合は、保護者様の同意が必要となります。上記事項にご記入とご捺印のうえ、治療・施術日までに当院へご提出をお願い申し上げます。

※本フォームを本来の目的以外に当院の許可なく複製・複写・転載・引用等することを禁止します。