

記入日 平成 年 月 日

すなおクリニック 宛

## 同意書 (未成年用)

◆施術申込者氏名 \_\_\_\_\_ (満 才)

◆同意文

<文例> ・子供、(お子様の氏名) の二重手術に同意します。

・子供、(お子様の氏名) のレーザーによる脱毛治療に同意します。

---

---

---

---

◆施術開始予定日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～

◆保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_

◆住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

---

◆連絡先 (ご自宅) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(携帯) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

■お問い合わせはこちらへ

すなおクリニック

075-254-7331