

未成年治療同意書

記入日 年 月 日

Villa Beauty Clinic 御中

治療内容:

治療予定日:

治療を受けられる方(未成年者)

申込者氏名	
ご住所	〒 一
生年月日	年 月 日 (満 歳)
電話番号	ー ー

親権者

私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として、貴院で上記の治療を受けることに同意いたします。

親権者氏名	印
申込者との続柄	
ご住所	〒 一
電話番号	ー ー

※親権者(法定代理人)ご本人様が署名・捺印してください。

○記入内容確認のお電話をする場合があります。

○ご記入は直筆でお願いいたします。パソコンなどで入力・印刷したものは無効です。

○ご記入いただいた個人情報は、同意確認の目的のみに使用いたします。