

未成年者施術同意書

年 月 日

ColorGlanzClinic 御中

申込者が下記の希望に対して、来院・診療・施術を受けることに同意し、署名いたします。

<申込者>

氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： 満 _____ 歳

住所：〒 _____

連絡先： _____

施術名： _____

<親権者>

氏名： _____ ④

申込者との関係： _____

住所：〒 _____

連絡先： _____

※親権者様（法定代理人）ご本人が自書にて記入、ご捺印ください。ご捺印がない場合、診察・カウンセリングをお断りさせていただきます。

※親権者の方に電話連絡することがありますので、日中連絡の取れる番号をご記入ください。