

# 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: \_\_\_\_\_ ⑩

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。

