

# 未成年同意書

oneUPclinic 院長 殿

記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※申込者が下記の施術を受けることに同意いたします。

ふりがな 申込者	氏	名
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	年齢 _____ 満 _____ 才
住所	〒 _____	
	_____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村・郡	
	_____	
連絡先	_____	

※法定代理人ご本人様にご記入、押印していただきますようお願いいたします。

ふりがな 法定代理人 (親権者等)	氏	名	印
申込者との 関係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
住所	※申込者のご住所、連絡先が異なる場合はご記入ください		
	〒 _____		
	_____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村・郡		
連絡先	_____		