

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。

施 術 名 :

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をご記入、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							