

未成年者治療及び施術同意書

藤沢ガーデンクリニック 御中

私は、申込者の親権者として、下記の治療内容を貴院のクリニックホームページにおいて確認し、申込者が治療を受けることに同意し、署名いたします。

同意書記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

治療内容

レーザー脱毛 ピアスの穴あけ（耳たぶ, ヘリックス, 臍）

シミ、黒子、イボ治療

申込者 記入欄

申込者氏：

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

電話番号： _____

親権者記入欄

氏名（自署） _____ 印

申込者との続柄 _____

住所： _____

電話番号： _____