

未成年者同意書

ウェルネスビューティクリニック
院長 殿

西暦 年 月 日

※申込者が下記の施術 (a) 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 令 | 満 | 才 |
| 住 所 | 〒 _____ 都・道 市・郡 府・県 町・村 | | | |
| 連絡先 | | | | |

| | |
|---------|--|
| 施術名 (a) | |
|---------|--|

※法定代理人で本人さまがご記入、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 | ※申込者ご住所、ご連絡先が異なる場合はご記入ください 〒 _____ 都・道 市・郡 府・県 町・村 | | | |
| 連絡先 | | | | |