

年 月 日

未成年者施術同意書

保護者の方へ

患者様が未成年でいらっしゃるため、治療を行うに当たり、保護者の方の同意が必要になります。お手数ですが、必要事項をご記入、ご捺印の上、施術当日までにご提出頂きますようお願い致します。

施術名 _____ につき、別紙説明を受け
施術を受けることを希望します。

氏名	_____ ⑩		
住所	〒 _____		
電話番号	_____	生年月日	_____

保護者氏名	_____ ⑩		
住所	〒 _____		
連絡先	_____	生年月日	_____

上記治療を受診することを承諾します。

_____ 年 月 日 保護者名 _____ ⑩

BELLSIA CLINIC

〒150-0013

東京都豊島区東池袋 1-22-13 近代グループ BLD11 号館 5階