

年 月 日

未成年同意書

私（甲）は、申込者（乙）が下記内容に関し、診察・施術を受ける事に同意致します。

甲：親権者氏名（自署）	⑩		
住所	〒		
連絡先		続柄	

私未成年（乙）は、（甲）の許可を得たため診察・施術を希望致します。

乙：申込者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	満 歳
住所 <small>※親権者と別居の場合は ご記入下さい。</small>	〒		
連絡先			
希望施術名			



さそうライフクリニック

〒243-0018

神奈川県厚木市中町3-1-15 笹生ビル4F

TEL 046-206-7296