

## 未成年者施術同意書

ハートライフクリニック 御中

施術名 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

受診者が上記治療を受ける事を承諾します。

親権者 氏 名 : \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)

住 所 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(注) 親権者ご自身が署名捺印してください。