

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 : _____

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。