

# 未成年治療・施術同意書

施術名 \_\_\_\_\_

施術代金(税込) \_\_\_\_\_ 円 までのお支払いに同意します

施術予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申込者氏名 (未成年者)				
ご住所				
生年月日		年	月	日 (満 才)
電話番号	自宅：			
	携帯：			

親権者氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

自宅： \_\_\_\_\_

電話番号 携帯： \_\_\_\_\_

※親権者(法定代理人) ご本人様が、署名・捺印をしてください。