

未成年 施術同意書

バイオタッチメディカルクリニック
東京都港区高輪2-16-49
TEL03-6450-3904

保護者の方へ

患者様が未成年でいらっしゃるため、施術を行うに当たり保護者の方の同意書が必要となります。

必要事項をご記入の上、ご捺印頂き、施術当日までにご提出ください。

本書へのご記入は必ず保護者の方の直筆でお願い致します。

施術箇所	
・眉 ・アイライン ・唇 ・頭皮 ・傷跡 ・その他 ()	
患者様氏名	
生年月日	平成 年 月 日 (歳)
ご住所	〒
お電話番号	
保護者氏名	
続柄	
ご住所	〒
お電話番号	

受信者が上記施術を受けることを承諾します。

年 月 日

保護者氏名

印