

記入日 20 年 月 日

SHERIE CLINIC 宛

同意書（未成年者用）

施術名 _____

施術予定日 20 年 月 日

- ・私は、下記の申込者が未成年であることから、親権者として、貴院において上記の診療・施術を受けることを同意いたします。
- ・施術に関して、緊急あるいは医学的に必要な処置が生じた場合、貴院の指示に従います。

申込者氏名 _____

親権者氏名 _____ 印

続 柄 _____

住 所 _____

連絡先 _____

※ ご記入は直筆でお願いします。

鉛筆ではなく、ボールペンを使用して下さい。

※ 同意書に不備があった場合は無効となり施術を受けていただけない場合があります。