

未成年者用

東京医療美容クリニック 御中

記入日 平成 年 月 日

## 同意書

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒 -
生年月日	年 月 日
電話番号	自宅: - - 携帯: - -
施術名	
施術予定日	年 月 日

私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として、  
貴院で上記の施術を受ける事に同意いたします。

親権者氏名

印

続柄

〒 -  
ご住所

電話番号

自宅: - -  
携帯: - -