

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。