

# 未成年者の治療および施術同意書

桂仁会クリニック 御中

私は、下記申込者の親権者（法定代理人）として下記治療の内容について桂仁会クリニックホームページにおいて確認し、申込者が治療を受けることに同意し、署名いたします。

同意日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※記入日をお書きください。

治療内容

|      |   |
|------|---|
| 治療内容 | <input type="checkbox"/> 脱毛<br><input type="checkbox"/> ピアスの穴開け（耳たぶ・ヘリックス）<br><input type="checkbox"/> ニキビ・ニキビ跡治療<br><input type="checkbox"/> その他 治療名 _____ |
|------|---|

治療、施術の内容によって、親権者様のご同伴が必要な場合がございます。

## 【申込者記入欄】

|       |    |   |   |   |    |   |   |
|-------|----|---|---|---|----|---|---|
| 申込者氏名 |    |   |   |   |    |   |   |
| 生年月日  | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 満 | 才 |
| 住所    | 〒  |   |   |   |    |   |   |
| 電話番号  |    |   |   |   |    |   |   |

## 【親権者（法定代理人）記入欄】

|         |                           |
|---------|---------------------------|
| 氏名      | 印<br>※必ず自書にて署名と捺印をお願いします。 |
| 申込者との続柄 |                           |
| 住所      | 〒                         |
| 電話番号    |                           |