

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"/> ミラドライ <input type="checkbox"/> 制汗注射療法
------	---

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 ※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	