

ゆうきクリニック宛

## 未成年施術同意書

記入日 年 月 日

施術名 \_\_\_\_\_

施術予定日 \_\_\_\_\_

施術代金(税込) \_\_\_\_\_ 円 までのお支払いに同意します。

※ご希望の施術が上記の施術代金を超えた場合、当日の施術はお受けいたしかねます。

申込者氏名	印
住所	
生年月日	
電話番号	

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記載の金額で受ける事に同意いたします。

保護者氏名	印
住所	
生年月日	
電話番号	

※親権者(法定代理人)ご本人様が、署名・捺印をしてください。

医療機関名 ゆうきクリニック  
電話番号 050-3184-4476