

未成年者施術同意書

記入日 年 月 日

医療法人社団イトス会
洗足整形形成外科 宛

私が、下記の治療を受けることに親権者として同意し、署名致します。

※ご記入は直筆にてお願いいたします。パソコン等によるご記入は無効となります。
必ず鉛筆ではなくボールペン等をお使いください。

施 術 名	
-------	--

申 込 者 氏 名 (未成年者)	
ご 住 所	〒
生 年 月 日	
ご 連 絡 先	

親 権 者 氏 名	⑩
続 柄	
ご 住 所	〒
ご 連 絡 先	

※親権者様がすべてご記入いただき、親権者氏名欄へご捺印の上で、ご持参ください。
ご記入漏れ等の不備があった場合や、お忘れになりますと、
施術が受けられませんのでご注意ください。
※ご提出内容の確認のため、お電話でご連絡させていただく場合もございます。