

未成年者 施術同意書

年 月 日

血管外科クリニック本厚木 御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

施術名

<申込者>

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

<親権者/法定代理人>

氏名	印	続柄	
住所	〒		
電話番号			

* ご記入の際は、直筆でお願いします。中学生以下の方の場合は、保護者のご同伴をお願いしております。