

未成年同意書

年 月 日

プラチナクリニック 御中

この度は治療のお申し込みを賜り、誠にありがとうございます。20歳未満の患者様のお申し込みには、父母または保護者の同意が必要です。下記に必要事項を記入頂き、押印の上ご提出ください。

プラチナクリニックへの申し込み、治療に同意します。

申込者氏名	
保護者氏名	印
本人との続柄	
住所	
連絡先	
施術名 (カウンセリング内容)	

プラチナクリニック

〒160-0002

東京都新宿区新宿3丁目14-23

