

同意書

未成年者用

東京形成美容外科 宛

記入日 平成 年 月 日

施術名 _____

施術予定日 _____ 年 月 日

申込者が、貴院で上記の施術を受ける事に同意いたします。

| | |
|-------|-------------|
| 申込者氏名 | |
| ご住所 | 〒 |
| 生年月日 | 年 月 日 (満 才) |
| 電話番号 | 自宅： 携帯： |

親権者氏名※

印

続柄

ご住所

〒

電話番号

自宅：

携帯：

※親権者ご本人が署名・捺印をしてください。