

清美会クリニック 殿

記入日 年 月 日

未成年施術同意書

私は申込者（未成年者）の法定代理人（親権者）として貴院にて下記施術を受けること、又、施術代金の支払いについて連帯の責任を負うことを同意致します。

申込者氏名	
生年月日	年 月 日 満 才
住所	
電話番号	
施術名	

法廷代理人氏名 (親権者)	続柄 ()
生年月日	年 月 日
住所	
電話番号	
記入年月日	

問い合わせ先

〒811-0041 福岡市中央区大名2-6-26 バルビゾン94

一般社団法人 清美会 清美会クリニック

TEL 0120-928-234