

未成年者同意書

年 月 日

カメラア美容皮膚科 (乙)

住所：〒500-8235 岐阜県岐阜市東中島 1-17-8 3F

TEL：058-201-6123

治療名：

私は、貴クリニックの行う治療に対し、貴クリニックより事前に提供された書面に基づき甲・乙間において締結される、契約書記載の内容を承諾の上、甲の契約申し込みに同意します。

契約者(甲)					
生年月日	年	月	日生	年齢	歳
住所					
電話番号					

◆同意者

※親権者もしくは法定代理人本人が署名・押印してください。

年 月 日

親権者もしくは法定代理人

氏名 _____ 印 _____ 契約者との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____