

ながしまクリニック
院長 長島秀幸 殿

記入日 年 月 日

未成年者用同意書

施術名 ()

私は、下記申込者の親権者として（共同親権者がいる場合は、他方親権者の同意のもとに親権者の代表者として）、上記施術の内容及び施術に伴うリスク等の重要事項についての説明を既に受けた上で、下記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。

施術予定日 年 月 日

ご住所 _____

電話番号 _____

申込者氏名（未成年者） _____

親権者氏名 _____ 印

続柄 _____