

同 意 書

セブクリニック 宛

私は、申込者（未成年者）の親権者（法定代理人）として、申込者が下記の施術を受けることに同意し、著名いたします。

施術名 _____

施術予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【申込者（未成年者）記入欄】

氏 名	
生年月日 年齢	年 月 日 年齢 歳
住 所	〒 _____
電 話 番 号	
記 入 日	年 月 日

【親権者（法定代理人）記入欄】 ※この欄は必ず親権者（法定代理人）の方がご記入ください。

氏 名	印
生年月日 年齢	年 月 日 年齢 歳
申込者との関係	
住 所	〒 _____
電 話 番 号	
記 入 日	年 月 日