

未成年者治療承諾書

川越TAクリニックアソシエ 御中

治療名：

につき、別紙説明を受け、疑問点についても質問する機会を与えられ、
副作用についても十分に納得・理解の上、施術を受けることを希望します。
20歳未満の方の施術のため、親権者の方の署名・捺印もお願い致します。

※モニターを希望される場合は「はい」に、希望されない場合は「いいえ」にチェックをお願いします。

(※必ず親権者様をご記入下さい)

上記施術のモニター写真の使用を同意します

はい

いいえ

西暦 年 月 日			
氏名	_____ ㊟		
住所	〒 _____		
電話番号	生年月日	西暦 年 月 日	

西暦 年 月 日			
親権者氏名	_____ ㊟【続柄 _____】		
親権者住所	〒 _____		
連絡先	生年月日	西暦 年 月 日	

川越TAクリニックアソシエ

〒350-1123 埼玉県川越市脇田本町8-1 U_PLACE MEDICITY 6階

Tel : 0120-916-471 Fax : 049-265-6493