

# 未成年者治療承諾書

大阪TAクリニック 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	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

西暦 年 月 日			
氏名	_____ (印)		
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	_____ (印) 【続柄 _____】		
親権者住所	〒 _____		
連絡先	生年月日	西暦 年 月 日	

大阪TAクリニック

〒542-0085 大阪府大阪市中央区心斎橋筋1-1-10 キュープラザ心斎橋 5階

Tel : 0120-37-6688 Fax : 06-6241-0081