

# 未成年者治療承諾書

新宿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

はい

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	

新宿TAクリニック

〒160-0022 東京都新宿区新宿3-1-16 京王新宿追分第2ビル5階

Tel:0120-973-161 Fax:03-6384-2009