

# 未成年者治療承諾書

横浜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	Ⓜ		
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	

横浜TAクリニック

〒220-0004 神奈川県横浜市西区北幸1-8-2 犬山西口ビルディング9階

Tel : 0120-980-325 Fax : 045-620-4382