

# 未成年同意書

年 月 日

フローラクリニック院長 秋間雄策 殿

申込者が下記の施術を受けることに同意し、署名いたします。

## ▼申込者 記入欄

申込者氏名						
生年月日	年	月	日	年齢	満	才
住所	〒					
連絡先						
施術名						
症例モニター	希望する ・ 希望しない					

## ▼親権者 記入欄 ※この欄は必ず親権者の方がご記入ください。

保護者氏名 (自署)	⑩				
申込者との続柄					
住所 <small>※お申込者ご住所・ ご連絡先と異なる場 合はご記入くださ い。</small>	〒				
連絡先					