

未成年者 治療・施術に関する同意書

RISA クリニック 御中

私は申込者の親権者として下記の治療、施術を受けることを同意し、署名いたします。

同意書記入日

年 月 日

治療名

申込者 記入欄

申込者氏名	
-------	--

親権者記入欄

保護者氏名（自署）	(印)
申込者との続柄	
住所	〒
電話番号	