未成年治療同意書

令和　　年　　月　　日

KAO+クリニック銀座東京　御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

〇保護者・親権代理人

施術名

氏名　　印

申込者との関係

住所　　〒　　-

連絡先　　（　　）