

医療法人社団 有楽会
有楽町美外科クリニック 宛

同意書

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 歳)
電話番号	自宅： 携帯：

●同意文

.....

.....

.....

.....

[文例] 私は、上記未成年者の親権者として、
申込者が貴院で二重まぶた施術（施術名・処方内容をお書きください）
を受けることに同意いたします。

●施術予定日時 20 年 月 日（予約時間 : ）

親権者氏名*	① 続柄
〒	
ご住所	
電話番号	自宅： 携帯：

*親権者ご本人様が署名・捺印してください。

お問い合わせ

有楽町美容外科クリニック **0120-761-901** (受付時間 10:00~22:00)