

未成年同意書

年 月 日

T CLINIC 新宿院御中

申込者が下記の希望に対して、来院・診察・施術を受けることに同意し、署名致します。
※カウンセリングのみの場合もカウンセリング内容にご同意、ご署名が必要になります。
こちらの「未成年同意書」と「親権者の公的身分証の写し」をご準備のうえご来院ください。

▼申込者 記入欄

(フリガナ)	
申込者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
住所	〒
電話番号	
施術名 (カウンセリング内容)	

▼親権者 記入欄 ※この欄は必ず親権者の方が直筆でご記入ください。
(親権者以外の方のご記入は無効となります。電話番号に確認させて頂く場合がございます。)

(フリガナ)	
親権者氏名 (直筆にてご記入)	印
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
住所 ※申込者と住所が異なる場 合はご記入ください。	〒
電話番号	

※親権者の公的身分証の写しが必要になりますのでお持ちくださいませ。