

未成年者用

記入日 年 月 日

医療法人 咲愛会
きじま皮フ科クリニック 宛

同意書

□施術名：

□施術代金（税込み）： 円までのお支払いに同意します。

（ご希望の施術が上記の同意された施術代金を超えてしまった場合、当日の施術はお受けいたしかねます。）

□施術予定日： 年 月 日

申込者氏名（未成年者）	
ご住所	
生年月日	
電話番号	自宅： 携帯：

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院で上記の施術を記載の金額で受けることに同意いたします。

ご署名（ご本人）

ご署名（親権者氏名）

印（続柄）

ご住所

電話番号

自宅： 携帯：

※親権者（法定代理人）ご本人様がすべての欄をご記入ください。

スタッフ記入欄	
親権者同意確認	<input type="checkbox"/> 対面診察 <input type="checkbox"/> 電話
電話確認担当者	
電話の確認が取れた番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯
電話の確認の取れた日付	年 月 日