

未成年治療契約同意書

コスメディカルクリニック シンシア 殿

治療（施術）予定年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

治療（施術）名称： _____

治療（施術）代金： _____

治療（施術）代金支払期限： _____

申込者（未成年者）氏名	
住所	
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 歳)
電話番号（携帯 / 自宅）	

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

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所 _____

連絡先(携帯) _____ (自宅) _____

親権者氏名 _____ (印)

住所 _____

連絡先(携帯) _____ (自宅) _____

親権者氏名 _____ (印)

※ 共同親権の場合、父母共にご記入ください。