

未成年者 治療及び施術同意書

フェミークリニック 御中

私は、申込者の親権者として下記の治療内容をフェミークリニックホームページにおいて確認し、申込者が治療を受けることに同意し、署名いたします。

◆同意書記載日 _____年 _____月 _____日

◆治療内容

治療内容	<input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> ピアスの穴あけ（耳たぶ・ヘリックス） <input type="checkbox"/> シミ治療 <input type="checkbox"/> ニキビ・ニキビ跡治療 <input type="checkbox"/> 毛穴治療 <input type="checkbox"/> メディカルダイエット
------	---

※施術によっては、親権者様のご同伴が必要な場合がございます。

◆申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
電話番号			

◆親権者 記入欄

氏名（自署）	⑩		
申込者との続柄			
住所	〒		
電話番号			