

# 未成年者同意書

ルシアメディカルグループ 御中

私は、申込者が未成年であることから、親権者として貴院において下記の施術を受けることに同意いたします。

記入年月日 年 月 日

申込者氏名 (お子様)	フリガナ		
生年月日	西暦 年 月 日	年 齢	満 歳
住 所	〒		
連絡先			

施術名	
-----	--

※親権者ご本人さまがご記入、押印していただきますようお願いいたします。

親権者氏名	フリガナ	押印
申込者との関係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
住 所	〒	
連絡先		

※ルシアメディカルグループとは、医療法人緑風会および「ルシアクリニック」の名が付く個人開設医療機関を指します。