

20歳未満の方で治療・施術をご希望される方は、保護者の承諾が必要になります。

未成年者 施術同意書

美容クリニックミケランジェロ 殿

私は下記の申込者が未成年であることから親権者として申込者の意思を尊重し、法定代理人として、貴院において申込者が下記の治療・施術を受けることに同意致します。

尚、この度の治療・施術に関して、緊急あるいは医学的に必要な処置等が生じた場合、貴院の指示に従います。

貴院で受ける治療・施術において、異議申し立ては致しません。

記入日 西暦 年 月 日

治療・施術名	
申込者（治療を受ける方の氏名）	
生年月日	西暦 年 月 日（満 歳）

※この欄は必ず法定代理人（親権者）である保護者様をご記入・ご捺印ください。

治療を受ける方との続柄	
法定代理人氏名（親権者）	①
住所	
連絡先 電話番号	



美容クリニック
ミケランジェロ
BEAUTY CLINIC MICHELANGELO