

未成年者施術承諾書

_____につき ※ご希望される施術をご記入下さい

別紙説明を受け副作用につき十分に納得の上施術を受けることを希望します。

18歳未満の方の施術の為、保護者の署名・捺印もお願い致します。

	西暦	年	月	日
氏名				
住所	〒			
電話番号				
生年月日	西暦	年	月	日

保護者氏名	印 ○ 【続柄】			
保護者住所	〒			
電話番号				
生年月日	西暦	年	月	日

渋谷の森クリニック 池袋院
〒170-0013
東京都豊島区東池袋1-42-16 ニードビル4F・5F