

未成年者施術承諾書

記入日 年 月 日

医療法人社団裕恒会 Gクリニック宛

申込者が下記の希望する施術に対して、来院・診察・施術を受けることに同意します。

▼申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
連絡先			
施術名			

▼親権者 記入欄 ※この欄は必ず親権者(法的代理人)がご記入ください。

保護者氏名 (自署)		⑩
続柄		
住所 ※申込者と住所が 異なる場合はご記入 ください	〒	
連絡先		

医療法人社団裕恒会 Gクリニック

〒104-0061

東京都中央区銀座 5-3-13 GINZA SS85ビル 12階

TEL:03-3572-3860 FAX:03-3572-3861