

未成年者同意書

西宮渡辺脳卒中・心臓リハビリテーション病院
院長 殿

年 月 日

申込者が下記の保険適応外施術を受けることに同意いたします。

ふりがな			
申込者	氏	名	
生年月日	年 月 日	年齢	満 歳
住所	〒 _____		
	都 道 府 県	市 郡 町 村	

連絡先			

施術名	<ul style="list-style-type: none">・ レーザー(ライムライト・ジェネシス)・ イオン導入・ ケミカルピーリング	<ul style="list-style-type: none">・ 美容点滴・ ピアス
-----	--	--

※法定代理人ご本人様をご記入、押印していただきますようお願いいたします。

ふりがな			
申込者	氏	名 (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	〒 _____		
	都 道 府 県	市 郡 町 村	

連絡先			