

未成年者同意書

年 月 日

西宮渡辺脳卒中・心臓リハビリテーション病院 院長殿

申込者が下記の保険適応外施術（治療）を受けることに同意いたします

フリガナ			
申込者の氏名	姓	名	
生年月日	年 月	年齢	歳
住所	〒 —		
連絡先			

施術内容	・ ニキビ治療薬（イソトロイン・スピロラクトン・トレチノイン） ・ イオン導入 ・ ピアス ・ 美容点滴 ・ その他（ ）		
------	---	--	--

*法定代理人ご本人様にご記入・押印していただきますようお願いいたします

フリガナ			
申込者の氏名	姓	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	〒 —		
連絡先			