

未成年者美容医療（治療）同意書

〒105-0004
東京都港区新橋 3-7-7
Tビル 2階
03-3519-6767
Lona Lona Clinic 院長殿

以下の者が貴院で治療を受ける事に同意致します。

氏名（本人） _____

生年月日 _____

住所 _____

記入年月日 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者住所 _____

保護者氏名 _____ (印)

本人との関係性 _____