

# 未成年治療同意書

申込日 年 月 日

ドクター小池クリニック 行  
申込者が下記の施術を受けることに同意します。

## 1 施術を受けるご本人様 記入欄

お名前	フリガナ	印 印鑑(認め可)
生年月日	西暦 年 月 日 満年齢	
ご住所	フリガナ	
	〒	
連絡先		
電話番号		
施術名		

## 2 保護者様 記入欄

保護者様氏名(自署)	フリガナ	印 印鑑(認め可)
申込者様との関係		
申込者様と住所・連絡先が異なる場合は下記ご記入ください。		
ご住所	フリガナ	
	〒	
連絡先		
電話番号		
E-mail		

<弊社利用欄> ※記入しないで下さい

受付担当者			
受付日	年 月 日	カルテNo.	
備考			