

年 月 日

御中

## 未成年者同意書

申込者が下記の施術・カウンセリングを受けることに同意いたします。

なお、この度の施術・カウンセリングに関して、緊急あるいは医学的に必要な処置が生じた場合は貴院の指示に従いますので善処されることを希望いたします。

施術名	
-----	--

### 【申込者】

申込者氏名	Ⓜ						
生年月日	H・R	年	月	日	年齢	満	歳
住所	〒						
連絡先							

### 【法定代理人】

法定代理人氏名	Ⓜ	続柄	
住所	(上記、お申込者様と異なる場合のみご記入ください。)		
緊急連絡先			