

## 同意書

施術名

施術予定日 年 月 日

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満才)
電話番号	自宅： 携帯：

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、  
貴院で上記の施術を受ける事に同意いたします。

親権者氏名



続柄

ご住所 〒

電話番号 自宅：  
携帯：

※親権者(法定代理人)様が、全て記入頂きご持参ください。

医療法人 再生未来  
サイエンスクリニック

〒106-0047 東京都港区南麻布5-10-26  
ORE広尾ビル6F  
TEL 03-5422-8275 FAX 03-5422-8276