**未成年同意書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月 　　日

**私は、下記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院（S E A C L I N I C）で下記­­­­の施術を受けることに同意致します。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな**　　　　　**未成年者氏名** |  | | |
| **生年月日** | 年　　　月　　　日 | **年齢** | 歳 |
| **住所** | 〒 | | |
| **電話番号** |  | | |

記入日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

施術名

親権者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　続柄

住所

電話番号

※親権者（法定代理人）ご本人様が直筆でご記入・ご捺印ください。

枠内は未成年者ご本人様が直筆でご記入ください。

診察・施術に際し。確認のため、親権者の方にご連絡させていただくことがございます。

日中につながりやすい電話番号をご記入ください。

S E A 　C L I N I C

東京都中央区銀座７丁目８番１

銀座梅林ビル９階

電話番号　03-6263-8168