

未成年者施術同意書

記入日 年 月 日

ベンスクリニック横浜 御中

申込者氏名（未成年）	
住所	〒
生年月日	年 月 日 （満 歳）
電話番号	自宅： 携帯：
施術内容	
施術予定日	年 月 日

私は、申込者の保護者として、上記の治療内容を貴院のクリニックホームページにおいて確認し、
申込者が施術を受けることに同意し、署名いたします。

保護者氏名	(続柄：) 印	
保護者住所	〒	
保護者電話番号	自宅：	携帯：

※ご来院当日にお電話でも保護者の方へ同意の確認をさせていただきますのであらかじめご了承ください