

# 未成年者施術承諾書

\_\_\_\_\_ につき、別紙説明を受け、副作用につき十分に納得の上、

施術を受けることを希望します。

20歳未満の方の施術のため、保護者の署名・捺印もお願い致します。

西暦				年	月	日
氏名						Ⓜ
住所	〒					
電話番号		生年月日	西暦	年	月	日

保護者氏名						Ⓜ 【続柄】
保護者住所	〒					
連絡先		生年月日	西暦	年	月	日

渋谷の森クリニック

〒150-0001

東京都渋谷区神宮前6-18-1 クレインスパーク 4F