

記入日 年 月 日

Another clinic 宛

未成年同意書

■ 施術申込者氏名

_____ (満 才)

■ 保護者氏名

_____ (印)

■ 同意文

【例】私、(保護者氏名)は(お子様の氏名)の埋没施術に関して同意します。

■ 施術日

_____ 年 月 日 (予定)

■ 住所

〒 _____

■ 保護者連絡先

_____ (ご自宅)

_____ (携帯)

■ お問い合わせ先



ANOTHER
CLINIC

〒 104-0061

東京都中央区銀座4丁目3-6 G4 BRICKS BLD.6階

TEL 03-6263-2199

営業時間 9:00~18:00 (不定休)