

未成年治療同意書

令和 年 月 日

UBCLINIC 新宿東口 御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

○保護者・親権代理人			
<u>施術名</u>			
<u>氏名</u>			
			印
<u>申込者との関係</u>			
<u>住所</u>	〒	-	
<u>連絡先</u>	()	