

同意書

記入日 年 月 日

B-LINE CLINIC 御中

・申込者が未成年であるため、親権者として、下記の施術を受けることに同意し、署名いたします。

・診療時には同伴し、もし自己都合により同伴しない場合には、後に施術内容や費用等において異議申し立てはいたしません。

申込者氏名						
生年月日	年	月	日	年齢	満	才
住所	〒					
電話番号						
施術名						

※親権者、ご本人様が必ず署名・捺印してください。

親権者氏名	⑩ (続柄)					
住所	〒					
電話番号						



B-LINE
CLINIC