

未成年者用

渋谷国際クリニック 宛

記入日 年 月 日

同意書

施術名 _____

施術代金(税込) _____ 円までのお支払いに同意します

※ご希望の施術が上記の同意された施術金額を超えてしまった場合、当日の施術はお受けいたしかねます。

施術予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施術病院 _____

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒 _____
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 才)
電話番号	自宅: 携帯:

※私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として、貴院で上記の施術を記載の金額で受けることに同意いたします。

親権者氏名 _____ 印

続柄 _____

〒 _____

ご住所 _____

自宅:

電話番号 _____ 携帯: _____

※親権者(法定代理人)ご本人様が、すべての欄をご記入・ご捺印ください。

記入サンプル※赤字分は親権者(法定代理人)様が、
すべてご記入いただきご持参ください。

未成年者用

渋谷国際クリニック 宛

記入日 2022 年 11 月 1 日

同意書

施術名 スネコス注射

施術代金(税込) 55,000 円までのお支払いに同意します

※ご希望の施術が上記の同意された施術金額を超えてしまった場合、当日の施術はお受けいたしかねます。

施術予定日 2022 年 12 月 12 日

施術病院 渋谷国際クリニック

申込者氏名 (未成年者)	<u>渋谷花子</u>
ご住所	<u>〒150-0002</u> <u>東京都渋谷区渋谷2-19-15宮益坂ビルディング103</u>
生年月日	<u>2005</u> 年 <u>9</u> 月 <u>13</u> 日 (満17才)
電話番号	自宅: <u>03-6803-8931</u> 携帯: <u>080-1234-5678</u>

※私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として、貴院で上記の施術を記載の金額で受けることに同意いたします。

親権者氏名 渋谷春子 

続柄 母

〒150-0002

ご住所 東京都渋谷区渋谷2-19-15宮益坂ビルディング103

自宅: 03-6803-8931

電話番号 携帯: 090-1234-5678

※親権者(法定代理人)ご本人様が、すべての欄をご記入・ご捺印ください。