

[未成年治療同意書]

申込日 20 年 月 日

医療法人 廣仁会 直原ウィメンズクリニック 殿

下記 1 申込者が「医療レーザー脱毛」を受けることに下記 2 保護者は、同意いたします。

1. 医療レーザー脱毛を受けるご本人様 記入欄

お 名 前	ふりがな	印
生 年 月 日	年 月 日	年齢 歳
ご 住 所	ふりがな	
	〒	
電 話 番 号		

2. 保護者様 記入欄

お 名 前	ふりがな	印
ご本人様との 続 柄		
ご 住 所	ふりがな	
	〒	
電 話 番 号		

<当院利用欄> ※記入しないでください

受 付 日	20 年 月 日	カルテ番号	
備 考			