

未成年同意書

記入日 年 月 日

Ai Medical Clinic kobe 御中

▼申込者記入欄

申込者氏名 (未成年者氏名)					
生年月日	西暦	年	月	日	年齢 満 歳
住所	〒				
電話番号	・ 自宅 ・ 携帯				
施術名					

▼親権者記入欄 ※この欄は必ず親権者の方が記入ください

親権者氏名 (法定代理人氏名)	印				
続柄					
住所	〒				
電話番号	・ 自宅 ・ 携帯				



〒651-0097 兵庫県神戸市中央区布引町2-1-4 TAKAI B.L.D 3階
Ai Medical Clinic kobe

TEL 078-855-4580