

未成年者施術同意書

アクシスクリニック 御中

申込者氏名(未成年者) _____ が、アクシスクリニックにおいて

施術名 _____

の施術を受ける事に保護者として同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

親権者 _____ 印