

未成年者の施術同意書

この度は SENSHIN CLINIC での治療をご検討いただきありがとうございます。

18 歳未満の方は施術を受けるにあたり、保護者の同意が必要となります。

下記に必要事項をご記入いただきご提出ください。

院長 桜宗佐

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人氏名： _____

保護者氏名： _____

本人との関係： _____

医療機関名： SENSHIN CLINIC

所在地：〒107-0062 東京都港区南青山

3-1-30 PASONA SQUARE 3F

Tel：03-6384-5435

E-mail：info@senshin-clinic.com