

## 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