

未成年者治療承諾書

Tokyo Lift Clinic 御中

治療名:

施術予定日: 年 月 日

につき別紙説明を受け疑問点についても質問する機会を与えられ副作用についても十分に納得・理解の上、施術を受けることを希望します。

20歳未満の方の施術のため、親権者の方の署名・捺印もお願い致します。

※モニターを希望される場合は「はい」に、希望されない場合は「いいえ」にチェックをお願いします。
(※必ず親権者様をご記入下さい)

上記施術のモニター写真の使用を同意します

☐はい

☐いいえ

申込者氏名	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日(満 歳)
電話番号	

親権者氏名

印

続柄

住所 〒

電話番号

Tokyo Lift Clinic