

## 未成年治療契約同意書

コスメディカルクリニック シンシア 殿

治療（施術）予定年月日： 年 月 日

治療（施術）名称：

治療（施術）代金：

治療（施術）代金支払期限：

申込者（未成年者）氏名	
住所	
生年月日	年 月 日 (満 歳)
電話番号（携帯 / 自宅）	

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、上記未成年者が貴院での上記治療（施術）を記載の金額で受けることに同意いたします。

令和 年 月 日

住所

連絡先（携帯） (自宅)

親権者氏名 (印)

住所

連絡先（携帯） (自宅)

親権者氏名 (印)

※ 共同親権の場合、父母共にご記入ください。