**未成年同意書**

ネムクリニック下井草院　宛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込者氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年齢 | 満　　　　歳 |
| 住所 |  | | |
| 連絡先 |  | | |
| 施術名 |  | | |
| 施術上限金額 | 円 | | |

※上限金額を超える場合は施術をお断りする場合がございます。

**親権者　記入欄**

私は上記未成年者の親権者(法定代理人) として貴院にて来院・診察・施術を記載の金額で受ける事に同意いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 親権者氏名  （自署） | ㊞ |
| 申込者との続柄 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |

ネムクリニック下井草院

東京都杉杉並区下井草3-41-1-3F

03-6913-7332