

# 未成年者施術同意書

年 月 日

一般社団法人彩 BAO CLINIC 宛

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

申込者（施術を受けられる方）

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

施術名： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

複数の施術をお申込み  
の場合は、1行ずつご  
記入下さい。

法定代理人

氏名： \_\_\_\_\_

申込者との関係： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

署名又は  
記名押印