

# 未成年者美容医療(治療)同意書

〒104-0061  
東京都中央区銀座5-5-14  
JPR銀座並木通りビル11階  
03-6228-5740

医療法人社団 禅  
銀座禅クリニック 院長殿

以下の者が貴院で治療を受ける事に同意致します。

氏名(本人) \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

記入年月日: 20 年 月 日

保護者住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

本人との関係性 \_\_\_\_\_