

未成年者施術承諾書

オルククリニックで_____につき、別紙説明を受け、十分に納得の上、
施術を受けることを希望します。

20歳未満の方の施術の為保護者様のご署名・捺印をお願いします。

日付	年 月 日
住所	〒
氏名	⑩
生年月日	西暦 年 月 日
電話番号	

保護者氏名	⑩【続柄 〃】
保護者住所	〒
生年月日	西暦 年 月 日
連絡先	

オルククリニック
東京都中央区銀座1-4-4 ギンザ105ビル 6F
医師 菊地 大樹