

# 未成年同意書

女性医療クリニックLUNAネクストステージ内  
LUNAメディカルビューティーラボ  
理事長 関口 由紀

西暦 年 月 日

申込者が下記の施術(a)を受けることに同意致します。

ふりがな			
申込者	氏	名	
生年月日	西暦	年	月 日
		年令	満 才
住所	〒 -		
	都・道 府・県		市・群 町・村
連絡先	-		

施術名	
-----	--

※法定代理人ご本人様をご記入、押印していただきますようお願い致します。

ふりがな			
法定代理人 (親権者等)	氏	名 (印)	
申込者 との関係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
住所	〒 -		
	都・道 府・県		市・群 町・村
連絡先	-		