

同意書（未成年者用）

令和 年 月 日

医療法人社団DMH

キュアステーション 御中

申込者および親権者は、以下の施術の副作用とその他注意事項を理解し、申込者が当該施術を受けることに同意します。

○ 申込者

氏名	_____		
生年月日	年	月	日（満 歳）
住所	都道 府県	市区 町村	
連絡先	_____（ ）		
希望内容	_____注射・点滴（種類： ）		

○ 親権者（法定代理人）

氏名	_____	印	_____	続柄	_____
住所	都道 府県	市区 町村			
連絡先	_____（ ）				