

未成年者同意書

西暦 年 月 日

Lively Clinicの治療を受けるに際し、その内容（治療の原理・方法、期待される効果、起こりうる合併症や副作用の予測、施術前後のケア、費用等）について説明を受け、理解・納得しましたので、申込者（未成年者）が下記の施術を受ける事に同意します。

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
電話番号			
施術名			
保護者氏名	印		
申込者との関係			
（下記、お申込者ご住所、ご連絡先と異なる場合はご記入ください。）			
住所			
電話番号			

【連絡先】

ライブリークリニック (Lively Clinic)

TEL 03-6809-1297

〒105-0013 東京都港区浜松町2丁目1-25 SVAX大門ビル5階

院長 林 政男