

記入日 年 月 日

R.O.clinic 宛

同意書 (未成年用)

■手術申込者氏名■

_____ (満 才)

■同意文■

【文例】 子供、呂花子（お子様の氏名）の脱毛施術に同意します。

子供、呂太郎（お子様の氏名）のホクロ除去に同意します。

■手術予定日時■

年 月 日（予約時間 : ）

■保護者氏名■

印

_____ 続柄

■住所■

〒 _____

■連絡先■

_____ (ご自宅) - -

_____ (携帯) - -

■お問合せはこちらへ■

R.O. clinic
Plastic & Aesthetic Surgery
Aging Care Salon

TEL 03-6427-1138

受付 10:00~19:00

休診 木/日