



治療承諾書（男性器治療）

マンモスクリニック 御中

治療名： _____

につき、別紙説明を受け、疑問点についても質問する機会を与えられ、副作用についても十分に納得・理解の上、施術を受けることを希望いたします。20歳未満の方の施術のため、親御様の署名・捺印もお願いいたします。

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

西暦 年 月 日			
親御様 氏名	Ⓜ 【続柄】		
住所	〒		
電話番号		生年月日	西暦 年 月 日



治療承諾書（美容治療）

マンモスクリニック 御中

治療名： _____

につき、別紙説明を受け、疑問点についても質問する機会を与えられ、
副作用についても十分に納得・理解の上、施術を受けることを希望いたします。
18歳未満の方の施術のため、親権者の方の署名・捺印もお願いいたします。

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

西暦 年 月 日			
親権者氏名	Ⓜ 【続柄】		
住所	〒		
電話番号		生年月日	西暦 年 月 日