



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、親権者の方の署名・捺印もお願いいたします。

西曆 年 月 日			
氏名	⑩		
住所	〒		
電話番号		生年月日	西曆 年 月 日

西曆 年 月 日			
親権者氏名	⑩		
住所	〒		
電話番号		生年月日	西曆 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	⑩		
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	⑩		
住所	〒		
電話番号		生年月日	西暦 年 月 日