

# 同意書

(未成年用)

Grias clinicへの申し込み・治療に同意します。

申込者氏名： (満 才)

親権者氏名： 印

本人との続柄：

住所：

連絡先：

ご希望の施術内容/お悩み：

※ご来院時に当院から親御様にご連絡させていただきます。  
電話が繋がらない場合、治療をお断りさせて頂く場合がございます。