

REAL BEAUTY CLINIC

院宛

記入日 年 月 日

同意書(未成年者用)

施術名

申込者氏名(未成年者氏名)

住所 〒

生年月日 西暦 年 月 日 (満 才) 電話番号 自宅 /

携帯 — —

私は、上記未成年者の親権者として、貴院で上記の施術を受けることに同意いたします。

親権者氏名 印

続柄(未成年者から見て)

住所

電話番号 自宅 / 携帯 — —

※親権者様がすべて記入ください。