

同意書 (20歳未満の方用)

施術名

施術予定日

年 月 日

申込者氏名 (施術を受けられる方)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 才)
電話番号	自宅： 携帯：

私は、上記受術者の親権者として、

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(施術を受けられる方から見て)

ご住所

電話番号

※親権者様が全てご記入ください。