

未成年施術同意書

AZ BEAUTY CLINIC 宛

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

治療施術名 _____

申込者氏名 _____

住所 〒 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

私は、上記未成年者の親権者として、上記施術を受けることに同意いたします。

親権者氏名 _____ 印 続柄 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

* 親権者ご本人様が直筆で署名、捺印をお願いいたします。