

親権者同意書

！！注意：親権者(法定代理人)御本人様が全ての欄をご記入・ご捺印ください

記入日 年 月 日

【施術名】 _____

【施術代金(税込)】 _____

【施術予定日(予約日)】 年 月 日

【施術クリニック】 GINZA AYUMi CLINIC

【申込者氏名】 _____


(施術を受けられる未成年の方)

【御住所】 _____

【生年月日】 _____

【電話番号】 _____

※私は上記未成年者の親権者(法定代理人)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。また、料金についても同意いたします。

親権者氏名	
続柄	
御住所	〒
電話番号	

※施術当日、当クリニックから確認したいことがありましたら、親権者様へお電話をかけさせて頂く場合がございます。

GINZA
AYUMi
CLINIC