

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	_____ (印)
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