

同意書

施術名 医療脱毛・その他美容治療()

施術院 大通本院

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	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（法定代理人）として、
貴院で上記の施術を受ける事に同意いたします。

親権者氏名* 印

続柄

ご住所 〒

電話番号 自宅：
携帯：

※親権者（法定代理人）ご本人様が署名・捺印をしてください。

電話受付 11:00～20:00

札幌クララ美容皮膚科 011-211-1244