

帯広クララ美容皮膚科宛

記入日

年

月

日

同意書

施 術 名

医療脱毛・その他美容治療（ ）

施 術 院

帯広院

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。