

クララビューティッククリニック札幌院 宛

記入日

年

月

日

同意書

施術名 医療脱毛・美容治療()

施術院 札幌院

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 10:00～20:00

クララビューティッククリニック札幌院 011-211-1244