

未成年者施術同意書

申込者記入欄

施術名 ※正式名称でご記入ください	
施術代金（税込）	円 までのお支払いに同意します
施術予定日	年 月 日

※ご希望の施術が上記の同意された施術代金を超えてしまった場合、当日の施術はお受けいたしかねます

申込者氏名	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日（満 才）
電話番号	自宅
	携帯

親権者記入欄 ※親権者（法定代理人）ご本人様がすべての欄をご記入・ご捺印ください。

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記載の金額で受けることに同意いたします。契約及び施術に関して、異議申立てを致しません。

親権者氏名	印
続柄	
ご住所	〒
電話番号	自宅
	携帯

〈注意事項〉

※未成年の方は必ず同意書が必要です

※親権者の方へ確認のご連絡をさせていただきますので連絡可能な電話番号をご記入ください

東京エビスクリニック

〒150-0021

東京都渋谷区恵比寿西1-10-7MMSビル8階

TEL：03-6427-0717

FAX：03-6427-0718

院長 照屋 智