

未成年施術同意書

青葉台ビューティークリニック 御中

施術申請者様 お名前 氏名 _____

生年月日 平成 年 月 日 (歳)

私は上記未成年者の親権者として上記未成年者が青葉台ビューティークリニックにて
治療・施術を受けることを承諾致します。

平成 年 月 日

親権者様の住所・氏名

続柄 () 氏名 _____ 印 _____

住所 _____

(連絡先) TEL _____

受付日 _____ / _____ / _____

青葉台ビューティークリニック