

未成年同意書

記入日 年 月 日

AISクリニック 御中

▼申込者記入欄

申込者氏名 (未成年者氏名)			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳
住所	〒		
電話番号	・ 自宅 ・ 携帯		
施術名		金額	

※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。

私は上記未成年者の親権者（法定代理人）として、
貴院にて上記の施術を記載の金額で受けることに同意します。

▼親権者記入欄 ※この欄は必ず親権者の方が記入ください

親権者氏名 (法定代理人氏名)	印		
続柄			
住所	〒		
電話番号	・ 自宅 ・ 携帯		

AIS CLINIC
GINZA

〒104-0061

東京都中央区銀座4-13-11

松竹倶楽部ビル9階

TEL : 0120-954-894

AIS CLINIC
OMOTESANDO

〒150-0001

東京都渋谷区神宮前6-29-3

原宿KYビル10階

TEL : 0120-970-382

AIS CLINIC
UMEDA

〒530-0001

大阪市北区梅田2-2-22

ハービスENT 6階

TEL:0120-580-510