

未成年同意書

▼申込者記入欄

申込者氏名 (未成年者氏名)				
生年月日	年	月	日	年齢 満 歳
住所	〒			
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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(法廷代理人)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。

▼申込者記入欄 ※この欄は必ず親権者の方が記入ください。

申込者氏名 (未成年者氏名)	印
続柄	
住所	〒
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯

▼ SKIN CLINIC 9ru

大阪市北区梅田 2-2-22
HERBIS PLAZA ENT6 階
電話番号：0120-580-510

▼ BiOSTYLE CLINIC

東京都中央区銀座 7-13-12 サクセス銀座 7
ビル 11 階
電話番号：0120-910-808

▼ Art Make Studio Beclat (CLINIC 9ru)

東京都千代田区有楽町 1-8-1 ザ・ペニンシュラ東京 4 階 CLINIC 9ru 内
電話番号：0120-305-867