

エレナクリニック 新宿本院宛

記入日 年 月 日

同意書（未成年者用）

施術名

申込者氏名（未成年者氏名）

住所 〒

生年月日 西暦 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として、貴院で上記の施術をうけることに同意いたします。

親権者氏名 印

続柄（未成年者から見て）

住所

電話番号 自宅 / 携帯 — —

※親権者様がすべて記入ください。