

未成年施術同意書

Stella Beauty Clinic 御中

記入日 年 月 日

施術名

施術予定日 年 月 日

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 歳)
電話番号	自宅： 携帯：

私は、上記申込者の親権者 (他に共同親権者がいる場合には、私が共同親権者の代表者) として申込者が当クリニックにおいて、上記施術を受けることに同意いたします。

親権者氏名 (続柄：) 印

親権者住所

親権者電話番号

※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用致しません。