

同意書

令和 年 月 日

博多美容クリニック 御中

* 申込者

氏名(未成年者) _____

生年月日 (平成・令和) 年 月 日

ご住所 〒 _____

連絡先 () _____

施術名 _____

申込者が上記施術を受けることに同意します。

* 親権者

氏名 _____ (印)

申込者との続柄 _____

ご住所 〒 _____

連絡先(自宅) () _____

(携帯) () _____

※親権者(法定代理人)ご本人様が、すべての欄をご記入・ご捺印ください。