

未成年施術同意書

記入日 年 月 日

施術名

施術予定日

施術代金(税込) 円までのお支払いに同意します。

※ご希望の施術が上記の施術代金を超えた場合、当日の施術はお受けいたしかねます。

申込者氏名	印
住所	
生年月日	
電話番号	

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、
貴院で上記の施術を記載の金額で受ける事に同意いたします。

保護者氏名	印
住所	
生年月日	
電話番号	

※親権者（法定代理人）ご本人様が、署名・捺印をして下さい。