

未成年者同意書

CHARIS BEAUTY CLINIC 殿

被施術者氏名： _____

施術内容： _____

被施術者が、貴院にて上記内容の施術を受けることに同意いたします。

_____ 年 月 日

被施術者 氏名 _____ 印

保護者(親権者) 氏名 _____ 印

保護者(親権者)様ご住所 _____

保護者(親権者)様ご連絡先 (_____)- _____ -

-
- ※親権者様は直筆でご記入をお願い致します。
 - ※ご印鑑はシャチハタ以外のご印鑑をご使用下さい。
 - ※必ず黒色のボールペンでご記入下さい。
 - ※受診・施術当日に全てご記入・ご捺印の上必ずご持参下さい。
 - ※未記入等の箇所がある場合、当日の施術が出来ないこともございます。
- あらかじめご了承の程宜しくお願い致します。
- ※記入内容確認の為、親権者の方へお電話させていただく場合がございます。