|  |
| --- |
| 未成年者用　　 |

 記入日　　　　年　　月　　日

同　意　書

施 術 名

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同意された施術代金を超えてしまった場合は当日の施術はお受けいたしかねます。

施 術 予 定 日.　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　日

施 術　院

|  |  |
| --- | --- |
|  申 込 者 氏 名 ( 未 成 年 者 ) |  |
| ご 住 所 | 〒 |
| 生 年 月 日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 電 話 番 号 | 自宅：携帯： |

|  |  |
| --- | --- |
| 親権者氏名① | 印　　 |
| 続　　　柄 |  |
| ご　住　所 | 〒 |
| 電 話 番 号 | 自宅：携帯： |

※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。

|  |  |
| --- | --- |
| 親権者氏名② | 　印　　 |
| 続　　　柄 |  |
| ご　住　所 | 〒 |
| 電 話 番 号 | 自宅：携帯： |

※親権者（法定代理人）ご本人様が、署名・捺印をしてください。親権者が2名いる場合は、2名ともご記入下さい。

◆電話確認担当者

　　　　　　　　　　　　　印

◆電話確認が取れた番号

□自宅　　　　□携帯電話

◆電話確認の取れた日付

　　　　　年　　　月　　　日

スタッフ記入欄

東京都港区芝５丁目27-13

　　　　　　　　　　　　　　YA三田ビル４F

RENATUS　CLINIC

電話受付　11:00～20:00　　電話番号　03-6275-1879