未成年者用

あきた美容クリニック宛　　　　　　　　　　　　　　　　　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の同意された施術代金を超えてしまった場合、当日の施術はお受けいたしかねます。**

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　　　　　才　） |
| 電話番号 | 自宅：携帯： |

**※私は、上記未成年者の親権（法廷代理人）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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

続 　　　柄

ご　　　住　　　所

自宅：

携帯：

電　話　番　号

**※親権者（法廷代理人）ご本人様が、すべての欄をご記入・ご捺印ください。**