

＜注意事項＞

※未成年の方は、来院時にこの同意書が必要です。

※同意書をお忘れの場合、診察(カウンセリング)を受けることができません。

※親権者記入欄は必ず親権者本人が記入してください。

※親権者は未成年後見人の方でお願いします。

※親権者の方へ確認のご連絡をさせていただく場合がありますので、「連絡先」欄には連絡可能な電話番号をご記入ください。

記入日                      年              月              日

**親権者同意書**

THE BEAUTE CLINIC 御中

私は、申込者の親権者として、貴院で申込者が下記治療を受けることに同意します。

契約及び施術に関して、一切の異議申し立てを致しません。

申込者記入欄

|      |                 |    |   |
|------|-----------------|----|---|
| 治療名  |                 |    |   |
| 氏名   |                 |    |   |
| 生年月日 | 年      月      日 | 年齢 | 歳 |
| 連絡先  | 自宅番号：<br>携帯番号：  |    |   |

親権者記入欄

|         |                |
|---------|----------------|
| 氏名      | ⑩              |
| 申込者との続柄 |                |
| 住所      | 〒      -       |
| 連絡先     | 自宅番号：<br>携帯番号： |

※申込者記入欄の治療名は下記メニューより正式名称を確認の上ご記入ください  
名称が違う場合、本書は無効となりますので十分にご注意ください