

未成年施術同意書



年 月 日

DEW CLINIC 御中

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

■未成年者様（ご契約者様）

氏名	印
生年月日	
電話番号	

■親権者様

氏名	印	(続柄：)
生年月日		
住所		
電話番号		

※親権者（法定代理人）ご本人様が、署名・捺印をしてください。

■契約内容

施術内容	
施術予定日	
施術金額	