

未成年者用

毛のクリニック 宛

記入日

年 月 日

同意書

施術名 _____

施術予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者が、貴院で上記の施術を受ける事に同意いたします。

申込者氏名	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 才)
電話番号	自宅： 携帯：

※申込者が、モニターを希望する際は、上記の施術をモニターにて受ける事に同意（します・しません） ←ご回答を○で囲ってください。

親権者氏名※

㊞

続柄

ご住所

〒

電話番号

自宅：

携帯：

※親権者ご本人が署名・捺印をしてください。