

未成年同意書

記入日 年 月 日

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金額を超えた場合は当日の施術をいたしかねます。

施術予定日 _____ 年 月 日

申込者(未成年者)氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 (満 歳)

電話番号 _____

住所 〒 _____

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ことに同意します。

親権者氏名 _____ 印

続柄 _____

電話番号 _____

住所 〒 _____

※親権者(法定代理人)がすべての欄を直筆でご記入、ご捺印ください。

- 診察、施術に際し確認のため親権者様にご連絡する場合がございます。
日中連絡の取れる番号をご記入ください。
- パソコンでの入力、印刷された同意書は無効となります。
- 親権者様の署名があっても、施術名、施術予定日、施術金額の記載漏れ、捺印がないなどの不備がある場合は無効となり施術はお受けできません。
- 15歳以下の方は必ず親権者同伴でのご来院となりますのでご注意ください。
- 未成年者様と親権者様の苗字が違う場合は戸籍謄本等親子関係の確認ができるものをお持ちください。