

未成年者施術承諾書

THE SKIN CLINIC神楽坂 院長

につき、別紙説明を受け、疑問点についても質問する機会を与えられ、副作用についても十分に納得・理解の上、施術を受けることを希望します。
20歳未満の方の施術のため、保護者の方の署名・捺印もお願い致します。

西曆 年 月 日			
氏名	印		
住所	〒		
電話番号		生年月日	西曆 年 月 日

西曆 年 月 日			
保護者氏名	印【続柄】		
保護者住所	〒		
連絡先		生年月日	西曆 年 月 日

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂6-8-31 DeLCCS 神楽坂3F
TEL.03-6265-0440

THE SKIN CLINIC 神楽坂