

記入日 年 月 日

同意書

施術名 または
医療機関専売化粧品

代金（税込） 円 までのお支払いに同意します。

※ご希望の施術または購入金額が上記の同意された代金を超えてしまった場合、当日の施術、購入はお受けいたしかねます。

施術 または
購入予定日 年 月 日

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 才)
電話番号	

※私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院上記の施術を記載の金額で受けることに同意致します。

親権者氏名 印

続柄

〒

ご住所

電話番号 自宅：

携帯：

※親権者（法定代理人）ご本人様が、すべての欄をご記入・ご捺印ください。