

〒150-0043

東京都渋谷区道玄坂2-23-14 道玄坂225ビル7F

**S Beauty Clinic**

Tel:03-6416-3214 Fax:03-6416-3215

未成年者用

記入日 平成 年 月 日

## 同意書

施術名

施術予定日 年 月 日

施術院 院

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：

親権者氏名<sup>※</sup>

印

続柄

ご住所 〒

電話番号 自宅：  
携帯：

※親権者（法廷代理人）ご本人が署名・捺印をしてください。