

記入日 令和 年 月 日

すなおクリニック 宛

同意書

(未成年で同一施術を受けたことがある方専用)

◆施術申込者氏名 _____ (満 才)

◆同意文

<文例>・子供、(お子様の氏名) の二重手術に同意します。

・子供、(お子様の氏名) のレーザーによる脱毛治療に同意します。

◆施術開始予定日時 _____ 年 月 日～

◆保護者氏名 _____ 印

続柄 _____

◆住所 〒 _____

◆連絡先 (ご自宅) _____

(携帯) _____

■お問い合わせはこちらへ

すなおクリニック

075-254-7331