

## 同意書

施術名

施術予定日

年

月

日

施術院

院

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	自宅: 携帯:

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受ける事に同意いたします。

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)様が、全て記入頂きご持参ください。

## 電話受付 10:00 ~ 19:00

- 札幌院 0120-891-300 ●熊本院 0120-433-800  
●神戸院 0120-704-900

## 電話受付 10:00 ~ 20:00

- 心斎橋院 0120-551-900  
●梅田院 0120-278-600

上記の時間以外 (19~22時または20~22時) は  
全国共通フリーダイヤル (0120-189-900) にて  
お問い合わせください。

## 電話受付 10:00 ~ 22:00

- 品川本院 0120-786-300 ●大宮院 0120-355-980 ●京都院 0120-134-520  
●新宿院 0120-652-100 ●千葉院 0120-006-170 ●岡山院 0120-085-893  
●表参道院 0120-106-640 ●新潟院 0120-293-740 ●福岡院 0120-279-200  
●池袋院 0120-727-400 ●名古屋院 0120-056-600 ●鹿児島院 0120-682-350  
●銀座院 0120-865-800 ●広島院 0120-531-200 ●沖縄院 0120-584-800

## スタッフ記入欄

◆電話確認担当者

印

◆電話の確認が取れた番号と日付

 自宅  携帯 年 月 日