

未成年者用

品川スキンクリニック 宛

記入日 年 月 日

## 同意書

施術名 \_\_\_\_\_

施術代金(税込) \_\_\_\_\_ 円 までのお支払いに同意します

※ご希望の施術が上記同意された施術代金を超えてしまった場合は当日の施術はお受けいたしかねます

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記載の金額で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）ご本人様が署名・捺印をしてください。

電話受付 10:00 ~ 22:00

- |                    |                    |                    |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| ●品川本院 0120-786-300 | ●千葉院 0120-006-170  | ●神戸院 0120-704-900  |
| ●表参道院 0120-106-640 | ●札幌院 0120-891-300  | ●京都院 0120-134-520  |
| ●池袋院 0120-727-400  | ●新潟院 0120-293-740  | ●岡山院 0120-085-893  |
| ●銀座院 0120-865-800  | ●名古屋院 0120-056-600 | ●福岡院 0120-279-200  |
| ●上野院 0120-603-660  | ●梅田院 0120-278-600  | ●鹿児島院 0120-682-350 |
| ●立川院 0120-283-100  | ●広島院 0120-531-200  | ●沖縄院 0120-584-800  |
| ●大宮院 0120-355-980  | ●心斎橋院 0120-551-900 | ●熊本院 0120-433-800  |

●宇都宮院 0120-038-700

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