

未成年者同意書

令和 年 月 日

吉祥寺ビューティークリニック御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

施術名

申込者氏名

生年月日 年 月 日

申込者住所

親権者氏名

印

親権者住所

電話番号