

未成年者の方の親権者同意書

施術名

施術代金(税別) 円までのお支払いに同意します。

*ご希望の施術が上記の金額を超えてしまった場合は当日の施術はできません。

施術予定日

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:		

*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します。

*継続的治療契約(回数券等の複数回数の治療契約)で治療途中で治療内容の変更があった場合。

親権者にその都度確認する ご本人に任せる

その都度確認にチェックされた場合は必ず保護者同伴での来院をお願い致します。

未成年者様のみでご来院された場合には施術はお断りさせていただきますのでご注意ください。

親権者氏名				印
ご住所				
続柄				
電話番号	自宅:			
	携帯:			

*親権者ご本人が、署名捺印して下さい。

ご記入は直筆にてお願いいたします。パソコン等によるご記入は無効となります。

必ず鉛筆ではなくボールペン等をお使いください。

万が一、同意書にご記入漏れ等の不備があった場合、治療をお受けいただくことができません。

施術や部位が決定していない場合は脱毛やシミの処置などご記入をお願いいたします。

山口県下関市秋根西町2丁目3-7 クエスト内

電話番号/FAXTEL 083-242-6411 / FAX 083-242-6412

ローズクリニック

医師 中川裕二