

未成年者用

記入日 平成 年 月 日

同意書

施術名

施術予定日

年 月 日

施術院

院

申込者が、貴院で上記の施術を受けることに
同意いたします。

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：

親権者氏名^{*}

印

続柄

ご住所

自宅：
電話番号 携帯：

※親権者(法廷代理人)ご本人が署名・捺印をしてください。

THE ROPPONGI CLINIC

東京都港区六本木7丁目15-17ユニ六本木ビル5階
電話:03-6438-9244 FAX:03-6438-9245