

記入日 年 月 日

同意書

施術名 _____

施術代金 _____ 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

申込者 氏名

(未成年者)

ご住所

生年月日

電話番号

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ことに同意いたします

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。

WITH BEAUTY CLINIC 院長：伊藤幸
〒150-0031 東京都渋谷区代官山町14-9 ヴァイシャーリーB1F
電話番号：03-6452-5668
診療時間：10:00~19:00
休診日：木曜日・祝日

クリニック記入欄

◆電話確認担当者 _____ 印

◆電話確認が取れた番号と日付

 自宅 携帯 年 月 日

