

未成年者用

ハルスクリニック 宛

記入日

年 月 日

施術同意書

施術名

施術料金（税込） 円 までのお支払いに同意します。

※上記同意の施術料金を超えた場合、当日の施術はお受け頂けません。

施術予定日 年 月 日

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：

※上記未成年者の親権者（法定代理人）として、上記内容の施術を受ける事に同意致します。

保護者氏名

印

ご住所 〒

続柄

電話番号 自宅： 携帯：

※保護者ご本人様が、全ての欄のご記入・ご捺印ください。