

未成年者同意書

ziz clinic 御中

年 月 日

私は、下記申込者が未成年であることから親権者として申込者が受ける施術、治療に際しその内容、効果、合併症、副作用、それに関わる各支払い契約に関して親権者として同意し、その契約を締結することに合意致します。

ふりがな			
申込者氏名			
生年月日			
住所	〒 -		
電話番号			

◎以下は必ず親権者本人がご記入ください

ふりがな

親権者氏名



続柄

住所 〒 -

電話番号 - -



〒150-0042
東京都渋谷区宇田川町36-1
SANWA SHIBUYA Bldg 7階