

未成年者用

PROUD CLINIC 宛

記入日 令和 年 月 日

同意書

商品名 _____

金額 _____

申込者氏名	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 歳)
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受けることに同意致します。

親権者氏名： _____ ⑩

続柄： _____

ご住所： 〒 _____

電話番号： _____

※親権者(法定代理人)様が、全て記入頂きご持参ください。

PROUD CLINIC

東京都渋谷区渋谷 1-10-12

宮城ビル7階

0120-020-778