

未成年者施術契約同意・承認書

アネシス美容クリニック 御中

右の _____ の貴院・アネシス美容クリニックにおける

※受診・施術するお子様のお名前

診療及び施術、それに関わる各支払契約に関しまして、その親権者として同意し、

その契約を締結することをここに承認いたします。

親権者様同意・承認日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒

親権者様ご住所 _____

親権者様お電話 (_____) _____

※ふりがな

親権者様ご氏名 _____ 印

※ふりがな

施術者様(ご子息様)ご氏名 _____

- ※ 親権者様は直筆でご記入をお願い致します。
- ※ ご印鑑はシャチハタ以外のご印鑑をご使用ください。
- ※ 必ず黒色のボールペンでご記入下さい。
- ※ 受診・施術当日に全てご記入・ご捺印の上必ずご持参下さい。
- ※ 未記入等の箇所がある場合、親権者様への確認を行う場合がございます。
連絡・確認が取れない場合は、当日の施術を見合わせる事もございます。
あらかじめご了承の程宜しくお願い致します。

アネシス美容クリニック TEL 052-951-5221