

# 未成年者施術承諾書

表参道スキンクリニック 院長

につき、別紙説明を受け、疑問点についても質問する機会を与えられ、副作用についても十分に納得・理解の上、施術を受けることを希望します。  
20歳未満の方の施術のため、保護者の方の署名・捺印もお願い致します。

平成 年 月 日			
氏名	⑩		
住所	〒		
電話番号		生年月日	S・H 年 月 日

平成 年 月 日			
保護者氏名	⑩【続柄】		
保護者住所	〒		
連絡先		生年月日	S・H 年 月 日

表参道スキンクリニック  
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-9-13 喜多重ビル4階  
Tel : 03-5464-0780 Fax : 03-3400-6007