

LILY CLINIC 殿

記入日 年 月 日

## 同意書(未成年者様用)

施 術 名

申込者氏名(未成年者氏名)

住 所 〒

生 年 月 日 西 暦 年 月 日 (満 才)

電 話 番 号 自 宅 / 携 帯 — —

私は、上記未成年者の親権者として、貴院で上記の施術を受けることに同意いたします。

親権者氏名

続柄(未成年者様からみて)

住 所 〒

電 話 番 号 自 宅 / 携 帯 — —

※親権者様がすべてご記入ください。