未成年同意書

女性医療クリニックLUNAネクストステージ
LUNAメディカルビューティーセンター
理事長　関口　由紀

西暦＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

申込者が下記の施術(a)を受けることに同意致します。

ふりがな			
申込者	氏　　名		
生年月日	西暦　　年　　月　　日	年令	満　　才
住所	〒　　－ 都・道府・県　　市・群町・村		
連絡先			

施術名	

※法定代理人ご本人様がご記入、押印していただきますようお願い致します。

ふりがな	
法定代理人（親権者等）	氏　　名　　印
申込者との関係	□ 父親　□ 母親 □ その他（　　）
住所	〒　　－ 都・道府・県　　市・群町・村
連絡先	