

未成年治療・施術同意書

施術名：

施術代金(税込)：

円までの支払いに同意します

施術予定日：

年

月

日

申込者氏名(未成年者)	
ご住所	
生年月日	年 月 日(満 歳)
電話番号	

親権者氏名	印
ご住所	
続柄	
電話番号	

※親権者(法定代理人) ご本人様が、署名・捺印をしてください。

※お会計前に記入した親権者様へ03-6416-5260から電話確認がございます。

ご都合の調整頂けますよう、お願い申し上げます。

DA VINCI BEAUTY CLINIC

〒150-0042

東京都渋谷区宇田川町24-4 センター244ビル 4F

TEL:03-6416-5260