

同意書

施術名

施術代金（税込） 円 までのお支払いに同意します。

※ご希望の施術が上記の同意された施術代金を超えてしまった場合、当日の施術はお受けいたしかねます。

施術予定日 年 月 日

施術院 院

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	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（法定代理人）として、貴院で上記の施術を記載の金額で受ける事に同意いたします。

親権者氏名 印

続柄

ご住所 〒

電話番号 自宅：
携帯：

※親権者（法定代理人）ご本人様が、すべての欄をご記入・ご捺印ください。

電話受付 12:00 ~ 20:00

スタッフ記入欄	
◆電話確認担当者	印
◆電話の確認が取れた番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯
◆電話の確認の取れた日付	年 月 日