

未成年者施術同意書

年 月 日

BAO CLINIC 心齋橋院 宛

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

申込者（施術を受けられる方）

氏名： _____

生年月日： _____

住所：〒 _____

施術名： _____

複数の施術をお申込み
の場合は、1行ずつご
記入下さい。

法定代理人

氏名： _____

申込者との関係： _____

住所：〒 _____

連絡先： _____

署名又は
記名押印