

未成年同意書

施 術 名

施 術 回 数

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。

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	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ことに同意いたします。

親 権 者 氏 名		続 柄	
ご 住 所	〒		
電 話 番 号	自宅 : 携帯 :		

※親権者（法定代理人）ご本人が、すべての欄をご記入ください。

BRIGHT CLINIC
スライトリニク

医療法人幸萌会 ブライトクリニック

【上本町院】

大阪市天王寺区上本町6-9-17上六日光ビル10F/ TEL : 06-6779-6660

【梅田院】

大阪市北区梅田1-11-4大阪駅前第4ビル2F 25・26号/ TEL : 06-6940-6620

【mail address】

contact.staff@brightclinic-org.com

スタッフ記入欄

◆ 電話確認担当者

◆ 電話の確認が取れた番号

☐ 自宅☐ 携帯

◆ 電話の確認の取れた日付

年 月 日