

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	⑩	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・ご捺印ください。

電話受付 11:00 ~ 20:00



医療法人幸萌会 ブライト医療脱毛クリニック

【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

BRIGHT CLINIC
フライト医療脱毛クリニック

スタッフ記入欄

◆ 電話確認担当者

⑩

◆ 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