

未成年者同意書

令和 年 月 日

BELINDA CLINIC 御中

申込者が下記の施術を受けることに同意し、署名します。

※ 親権者のご同伴いただけないカウンセリングのみの場合も、カウンセリング内容にご同意、ご署名が必要になります。

■ 申込者 記入欄 ■

(フリガナ)	
申込者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 () 才
住所	〒
連絡先	ご自宅 携帯
施術名 (カウンセリング内容)	

■ 親権者 記入欄 ■

(フリガナ)	
法定代理人氏名 (直筆にて記入)	印
生年月日	西暦 年 月 日 () 才
申込者との関係	
住所 (申込者とご住所が異なる 場合はご記入ください)	〒
連絡先	ご自宅 携帯

※法定代理人の公的身分証の写しが必要になりますのでお持ちください。