

# 未成年者施術契約同意・承認書



アネシス美容クリニック 御中

右の  の貴院・アネシス美容クリニックにおける

※受診・施術するお子様のお名前

診療及び施術、それに関わる各支払契約に関しまして、その親権者として  
同意し、その契約を締結することをここに承認いたします。

親権者様同意・承認日 平成 年 月 日

親権者様ご住所 〒

親権者様お電話 ( ) -

※ふりがな

親権者様ご氏名 印

※ふりがな

施術者様ご氏名

【ご子息様】

- ※ 親権者様の直筆でご記入を願います。
- ※ ご印鑑はシャチハタ以外のものをご使用下さい。
- ※ 必ず黒色のボールペンをご利用下さい。
- ※ 受診・施術当日に全てご記入・ご捺印の上必ずご持参下さい。
- ※ 未記入等の箇所がある場合、親権者様への確認を行う場合がございます。連絡・確認が取れない場合は、当日の施術を見合わせる場合がございます。あらかじめご了承の程宜しくお願い致します。

※当院使用欄