

未成年者施術承諾書

表参道スキンクリニック 院長

につき、別紙説明を受け、疑問点についても質問する機会を与えられ、副作用についても十分に納得・理解の上、施術を受けることを希望します。

20歳未満の方の施術のため、保護者の方の署名・捺印もお願い致します。

西暦 年 月 日				
氏名				印
住所	〒			
電話番号		生年月日	西暦	年 月 日

西暦 年 月 日				
保護者氏名				印【続柄】
保護者住所	〒			
連絡先		生年月日	西暦	年 月 日

【表参道院】

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-9-13
喜多重ビル4F
Tel:0120-334-270 Fax:03-3400-6007

【大阪院】

〒530-0002 大阪府大阪市北区曾根崎新地
1-3-26 ぐらんぱれビル5F
Tel:0120-383-690 Fax:06-6341-5038

【福岡院】

〒812-0011 福岡県福岡市博多区博多駅前
3-26-5 Mビル1号館8F
Tel:0120-931-911 Fax:092-473-8051

【横浜院】

〒220-0073 神奈川県横浜市西区岡野
1丁目13-13 平野ビル3階
Tel:0120-028-458 Fax:045-534-7689

【名古屋院】

〒460-0003 愛知県名古屋市中区錦3丁目
17-15 栄ナナイロ8F
Tel:0120-383-590 Fax:052-962-5155

【沖縄院】

〒900-0014 沖縄県那覇市松尾2-8-19
ドン・キホーテビル5F
Tel:0120-383-790 Fax:098-860-9981