

TOKYO ACE CLINIC 宛

同意書

記入日 年 月 日

施術名

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。

施術予定日 年 月 日

施術院 院

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 才)
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事に同意いたします。

親権者氏名 印

続柄

ご住所

電話番号 自宅：

携帯：

※親権者（法定代理人）ご本人様が、署名・捺印をしてください。

確認のため連絡させて頂くことがあります。

TOKYO ACE CLINIC

150-0041

渋谷区神南1-20-6 マメゾン渋谷公園通りビル地下1階

渋谷院 03-6416-5838 (受付時間 11:00~20:00)