

## 同意書

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<br>(未成年者) |                |
| ご住所             | 〒              |
| 生年月日            | 年 月 日 才)<br>(満 |
| 電話番号            |                |

※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。