

未成年者施術承諾書

クリニック ZONNE 院長

『 』において、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。

18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	〒					
電話番号		生年月日	西暦	年	月	日

クリニック ZONNE

愛知県名古屋市中区栄3丁目33番地30号

T.Oビル4F