

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 三鷹ヒロクリニック北口院

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	
自宅 :	
電 話 番 号	携帯 :

※親権者（法定代理人）ご本人様が、すべての欄をご記入・ご捺印ください。

電話受付 10 : 00 ~ 19 : 00

三鷹ヒロクリニック北口院

住所 : 東京都武蔵野市中町1-24-15 メディパーク中町 2F

(代) : 0422-38-5171

スタッフ記入欄	
◆ 確認担当者	印
◆ 電話の確認が取れた番号	
☐ 自宅	☐ 携帯
◆ 電話の確認の取れた日付	
年	月 日