

未成年者用

品川デンタルケアクリニック 宛

記入日 年 月 日

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同意された施術代金を超えてしまった場合は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。

電話受付 10:00~19:00

品川院 0120-418-370

梅田院 0120-418-381

クリニック記入欄

◆電話確認担当者

印

◆電話確認が取れた番号と日付

自宅 携帯 年 月 日