

## 同意書

私は親権者として、ことぶき平尾ビューティクリニックにて\_\_\_\_\_（本人氏名）の  
20 年 月 日の \_\_\_\_\_ に関する施術・処方を行うことに  
同意致します。

（本人）

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日（ 歳）

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

（親権者）

同意書記載日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

親権者氏名 \_\_\_\_\_（自署）

続柄（ ）

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※必ず親権者ご本人様にご署名をお願いいたします

※施術当日、確認のために当院から親権者の方にご連絡させていただく場合があります