

20歳未満の方で施術・治療をご希望される方は、保護者（親権者）様のご承諾が必要になります。

日付以下は必ず保護者（親権者）の方にご記入していただいでください。
治療を受ける方のご氏名と施術・治療名は保護者(親権者)のご同意があればどなたがご記入いただいても構いません。

承諾書

(治療を受ける方のご氏名)

_____が

(施術・治療名)

_____の施術・治療を

千葉中央美容形成クリニックで受けることを承諾いたします。

年 月 日

保護者（親権者）署名： _____ (印)

治療を受ける方との続柄： _____

住所： _____

電話番号： _____