

# 未成年同意書

記入日 年 月 日

AISクリニック銀座 御中

## ▼申込者記入欄

申込者氏名 (未成年者氏名)					
生年月日	西暦	年	月	日	年齢 満 歳
住所	〒				
電話番号	・自宅 ・携帯				
施術名				金額	

※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。

私は上記未成年者の親権者（法定代理人）として、

貴院にて上記の施術を記載の金額で受けることに同意します。

## ▼親権者記入欄 ※この欄は必ず親権者の方が記入ください

親権者氏名 (法定代理人氏名)				印
続柄				
住所	〒			
電話番号	・自宅 ・携帯			

**AIS CLINIC**  
GINZA

〒104-0061

東京都中央区銀座4-13-11

松竹俱楽部ビル9階

TEL : 0120-954-894