

# 未成年者施術承諾書

レーヌ美容スキンクリニック 院長

につき、別紙説明を受け、疑問点についても質問する機会を与えられ、副作用についても十分に納得・理解の上、施術を受けることを希望します。

20歳未満の方の施術のため、保護者の方の署名・捺印もお願い致します。

西暦 年 月 日			
氏名	印		
住所	〒		
電話番号	生年月日	西暦	年 月 日

西暦 年 月 日			
保護者氏名	印【続柄】		
保護者住所	〒		
連絡先	生年月日	西暦	年 月 日

〒812-0011 福岡県福岡市博多区博多駅前

3-26-5 Mビル1号館8F

Tel:0120-931-911 Fax:092-473-8051



レーヌ美容スキンクリニック  
FUKUOKA