

# 同意書

ブライツ美容クリニック 宛

記入日 年 月 日

私は上記契約者の親権者(法定代理人)として、  
ブライツ美容クリニックにおいて契約者が下記の金額で施術を受けることに同意します。

施術名

施術代金(税込)

円

施術予定日

西暦

年

月

日

ご契約者様(未成年者)情報

氏名			
住所	〒		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才
電話番号	自宅： 携帯：		

親権者様情報

氏名		印
続柄		
住所	〒	
電話番号	自宅： 携帯：	

※親権者(法定代理人)様ご本人が、全ての欄をご記入・ご捺印ください。  
※記入内容の確認のために、お電話をさせていただく場合があります。  
※同意書に不備がある場合は、カウンセリングおよび施術は受けられません。  
※ご提供いただいた個人情報は、ご契約の同意確認のみに利用します。