

未成年者施術承諾書

オルクリニックで_____につき、別紙説明を受け、十分に納得の上、
施術を受けることを希望します。

18歳未満の方の施術のため、保護者のご署名・捺印をお願い致します。

施術者記入欄

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

保護者記入欄

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

EOLCLINIC

東京都中央区銀座 1-4-4 ギンザ 105 ビル 6 階

03-3528-6801