

# 未成年同意書

記入日 年 月 日

AISクリニック梅田 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**  
UMEDA

〒530-0001  
大阪市北区梅田2-2-22  
ハービスENT 6階  
TEL:0120-580-510