

# 未成年者同意書

ピオーネ ビューティー クリニック  
山本晃義 宛

記入日  
年 月 日

施術名

施術予定日 年 月 日

施術代金 (税込) 円 までのお支払いに同意します。

※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。

申込者氏名 (未成年者)			
ご住所	〒		
電話番号	自宅 携帯	生年月日	(満 才)

私は、上記未成年者の法定代理人親権者として、貴院で上記施術を記載の金額で受ける事に  
同意いたします。下記の署名は自署であり本人の代筆でない事を誓約します。

親権者氏名	印	続柄	
ご住所	〒		
電話番号	自宅 携帯		

※親権者（法定代理人）ご本人様が、すべての欄をご記入・ご捺印ください。



**PIONE**  
BEAUTY CLINIC

ピオーネ ビューティー クリニック

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 7-10-18 小滝橋パシフィカビル 6F  
TEL 03-6279-1502