

記入日 年 月 日

博多もへじのクリニック 御中

## 同意書

■同意内容 同意される内容に○をお付けください。

カウンセリング ・ 施術 ・ カウンセリング後、施術まで

■申込者(19歳以下の方)の氏名

■申込者(19歳以下の方)の生年月日 年 月 日 (満 歳)

■申込者(19歳以下の方)の電話番号 — —

■申込者(19歳以下の方)の住所 〒

私は法定代理人として、上記申込者が貴院でカウンセリングまたは施術を受けることに同意します。

【カウンセリング・施術予定日時】 年 月 日 ( : )

【カウンセリング内容・施術内容】 ※複数の施術をお受けになる場合は1施術につき本同意書が1枚ずつ必要です。  
カウンセリングのみをご希望の場合は本同意書1枚にまとめてご記入いただいて構いません。

■法定代理人の氏名 印 (続柄)

■法定代理人の電話番号 — —

■法定代理人の住所 〒

- ・ 法定代理人（親権者）様がすべての欄を直筆でご記入、ご捺印ください。
- ・ カウンセリングまたは施術に際し、確認のため法定代理人（親権者）様にご連絡をする場合がございます。  
日中ご連絡のつく電話番号をご記入ください。
- ・ 法定代理人（親権者）様の署名があっても、予定日時の記入、施術内容の記入、捺印がないなどの不備がある場合は無効となり、  
カウンセリングまたは施術はお受けできません。
- ・ 18歳未満の方及び18歳で学生の方はカウンセリング、施術にかかわらず必ず法定代理人（親権者）様の同伴が必要です。
- ・ 申込者様と法定代理人（親権者）様の苗字が違う場合は、関係が確認できる戸籍謄本等をご持参ください。