

# 未成年者施術承諾書

表参道スキンクリニック 院長

につき、別紙説明を受け、疑問点についても質問する機会を与えられ、副作用についても十分に納得・理解の上、施術を受けることを希望します。

20歳未満の方の施術のため、保護者の方の署名・捺印もお願い致します。

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

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

## 【表参道院】

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-9-13  
喜多重ビル4F  
Tel:03-5464-0780 Fax:03-3400-6007

## 【名古屋院】

〒460-0003 愛知県名古屋市中区錦3丁目  
17-15 栄ナナイロ8F  
Tel:052-962-5155 Fax:052-926-5156

## 【大阪院】

〒530-0002 大阪府大阪市北区曾根崎新地  
1-3-26 ぐらんぱれビル5F  
Tel:06-6341-5036 Fax:06-6341-5038

## 【福岡院】

〒812-0011 福岡県福岡市博多区博多駅前  
3-26-5 Mビル1号館8F  
Tel:0120-931-911 Fax:092-473-8051

## 【沖縄院】

〒900-0014 沖縄県那覇市松尾2-8-19  
ドン・キホーテビル5F  
Tel:098-860-9980



表参道スキンクリニック

Omotesando Skin Clinic