

# 未成年者施術承諾書

年 月 日

施術名 \_\_\_\_\_

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。

氏名				印
住所	〒			
電話番号		生年月日	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

兵庫県神戸市中央区雲井通7丁目1-1ミント神戸13階

078-242-4380

神成美容外科 総院長 上田 直光