

未成年者施術承諾書

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

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 総医院長 上田 直光