

未成年同意書

記入日 年 月 日

ヴィオラスキンクリニック殿

この度、本人氏名 : _____ が、ヴィオラスキンクリニックにて

施術名 : _____ の施術を受けることに同意いたします。

同意日： 年 月 日

親権者： _____ ⑩ 続柄：

住 所：

お問い合わせ先

神奈川県川崎市麻生区万福寺1-1 2-1 6階

044-455-7003

ヴィオラスキンクリニック