

# 未成年者同意書

Jazzy Clinic 宛

私は今回の施術についてリスク等注意事項を理解し、親権者として\_\_\_\_\_が貴院  
で下記施術を受けることに同意し、契約を認めます。

施術名 医療脱毛 \_\_\_\_\_

未成年者氏名	
生年月日	
住所	
電話番号	

下記は必ず親権者様が直筆でご記入ください。

親権者氏名	印
続柄	
住所	
電話番号	