

未成年者契約同意書

私（親権者）は、なかがわ整形美容皮膚科の施術に対し、事前に説明を受け、その内容を理解・承認した上で、契約者が施術を受けることに同意します。

令和 年 月 日

ご契約者氏名 _____ ㊞

ご 住 所 _____

お電話番号 _____

親権者氏名 _____ ㊞

お電話番号 _____

※親権者ご本人が署名・捺印してください。