

同意書

(未成年用)

SIGNATURE CLINIC 銀座への申し込み・治療に同意します。

申込者氏名： _____ (満 _____ 才)

親権者氏名： _____ 印

本人との続柄： _____

住所： _____

連絡先： _____

ご希望の施術内容/お悩み： _____

※ご来院時に当院から親御様にご連絡させていただきます。
電話が繋がらない場合、治療をお断りさせて頂く場合がございます。

SIGNATURE CLINIC 銀座

☎ 03-6263-9086

〒104-0061

東京都中央区銀座6-6-5 HULIC &New GINZA NAMIKI 6 10F