

同意書

施術名

施術代金（税込）

円

までのお支払いに同意します。

※ご希望の施術が上記同意された施術代金を超えてしまった場合は当日の施術はお受けいたしかねます。

施術予定日

年

月

日

施術院

院

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満才)
電話番号	自宅： 携帯：

※私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院で上記の施術を記載の金額で受ける事に同意いたします。

親権者氏名

印

続柄

ご住所 〒

電話番号 自宅：
携帯：

※親権者（法定代理人）ご本人様が、署名・捺印をしてください。

電話受付 10:00~19:00 電話番号 03-6412-7745

〒150-0022

東京都渋谷区恵比寿南 1-14-12

ルソレイユ3 4F

LE CLINIC

スタッフ記入欄

◆電話確認担当者

印

◆電話確認が取れた番号

 自宅 携帯電話

◆電話確認の取れた日付

年

月

日