

# 未成年者施術同意書

BellefeelClinic

院長 兵藤 秀忠 殿

御契約申込者（患者）様

住 所

氏 名

生年月日 西暦 年 月 日（ 歳）

私は、上記契約申込者の法定代理人として、貴院で上記契約申込者が施術を受けるにあたり、施術契約を締結することについて同意します。

西暦 年 月 日

上記法定代理人親権者 [住 所]

[氏 名] 印

[連絡先]

No.	施術の内容	回数	料金
1			
2			
3			
4			
5			
合計金額（税込）			円

- ※ 法定代理人親権者は本人が署名押印してください。
- ※ 契約及び施術当日に法定代理人親権者が同伴されていない場合、確認のお電話をさせていただきます。
- ※ 本書に不備がある場合、カウンセリング及び施術を受けることができませんのでご注意ください。

Bellefeel Clinic 〒150-0033 東京都渋谷区猿樂町 9-8 URBAN PARK 代官山 II 213 号室  
TEL 03-6416-4664 FAX 03-6416-4669