

未成年同意書

年 月 日

店名：ビーレ袋町

住所：広島県広島市中区袋町8-14ハイネス国泰ビルマンション2階

電話番号：082-567-4351

私は貴店の行う小顔矯正のサービスを受けることを承諾し、施術申し込みに同意致します。

契約者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所			
電話番号			

●同意者

※親権者ご本人が署名・押印してください

年 月 日

親権者

氏名

印

契約者との続柄

住所

連絡先