

# 未成年同意書

記入日 年 月

BiO STYLE CLINIC 神戸三宮 御中

## ▼申込者記入欄

申込者氏名 (未成年者氏名)					
生年月日	西暦	年	月	日	年齢 満 歳
住所	〒				
電話番号	・自宅・携帯				
施術名					

## ▼親権者記入欄 ※この欄は必ず親権者の方が記入ください

親権者氏名 (法定代理人氏名)	印				
続柄					
住所	〒				
電話番号	・自宅・携帯				

〒651-0097 兵庫県神戸市中央区布引町 2-1-4 TAKAI B.L.D 3 階

BiO STYLE CLINIC 神戸三宮 TEL 078-855-4580

  
BiO STYLE  
CLINIC