記入日　　年　月　日

未成年同意書

浦和第一美容クリニック殿

この度、患者氏名　　が浦和第一美容クリニックにて

施術名　　の施術を受けることに同意致します。

同意日：　　年　　月　　日

親権者：　　㊞　　続柄：

住所：

浦和第一美容クリニック

埼玉県さいたま市浦和区高砂 2-1-20 日建高砂ビル 5 階

0120-339-111