

未成年者施術同意書

Honey Eyes 宛

年 月 日

私は保護者として、「HoneyEyes」での施術に同意いたします。

◆ 施術を受ける本人

| | |
|------|------------|
| 氏名 | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 歳 |
| 住所 | ----- |
| 電話番号 | |

◆ 保護者

| | | | | |
|------|-------|---|----|-----|
| 氏名 | | ① | 続柄 | |
| 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 歳 |
| 住所 | ----- | | | |
| 電話番号 | | | | |

※同意書へのご記入は保護者の方の直筆でお願いいたします。