

ヴェリィ形成クリニック宛

年 月 日

## 同意書

【施術申込者氏名】 \_\_\_\_\_ (満 才)

【同意文】

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<例文> 子供、〇〇〇〇〇 (お子様の氏名) のピアスの穴あけに同意します。  
子供、〇〇〇〇〇 (お子様の氏名) の脱毛の施術に同意します。

【保護者氏名】 \_\_\_\_\_ ⑩

続柄 \_\_\_\_\_

【住所】 〒 \_\_\_\_\_

【連絡先】 (携帯・ご自宅)  
\_\_\_\_\_

◇お問い合わせはこちらへ◇



075-341-3333

(電話受付は日曜日以外の10:00~19:00)