

未成年者契約承諾書

銀座アイエスクリニック 御中

(ご契約者様氏名・生年月日)

氏名 _____

生年月日 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、上記の未成年者が銀座アイエスクリニックにおいて

- 1、レーザー脱毛
- 2、レーザートーンング
- 3、フォトフェイシャル
- 4、脂肪溶解注射

の治療 及び 契約締結を承諾いたします。

記入日 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(親権者様／法定代理人の住所)

〒 _____

TEL: _____

氏名 _____ ⑩ 続柄 (_____)