

## 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 ( )