

# 未成年同意書

年 月 日

Melia beauty clinic 御中

申込者が下記の施術を受ける事に同意します。

○申込者	
氏名	
生年月日	年 月 日
年齢	歳
住所	〒
連絡先	( )
施術名	
金額	円
○法定代理人	
氏名	
申込者との関係	
住所	〒
連絡先	( )