

<親権者同意書>

私は親権者として未成年者の意思を尊重し、法廷代理人として LOUIS CLINIC の診療及び、施術や商品購入のための契約の締結に関するあらゆることに予め同意いたします。

施術名：

商品名：

申込者（自筆）

氏名： _____ 印

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所：

電話番号：

親権者（自筆）

氏名： _____ 印 続柄 _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所：

電話番号：

※確認のためにご連絡させていただく場合がございます。

所在地：東京都世田谷区玉川 3 丁目 23-18 ザシティ二子玉川 4F

名称：LOUIS CLINIC

電話番号：03-6823-8153