

未成年同意書

GLOW Clinic 御中

私（同意者）は、未成年者（被施術者）の保護者として、
貴院において下記の施術を受けることに同意します。

被施術者

施術名：アートメイク（アイライン・アイブロウ・リップ）

氏名：

同意者・保護者

同意年月日：西暦 年 月 日

保護者氏名：

印 続柄

保護者連絡先：自宅

携帯

保護者連絡先は施術日に連絡可能な電話番号をご記入ください。
また確認のため当方よりご連絡させていただく場合がございます。