

親権者各位

当院では、高校生（18歳未満）または学生の方が親権者の同席なくカウンセリングまたは施術を受けられる場合、本承諾書にて親権者様のご承諾をいただいております。

下記事項にご記入いただき、親権者様のご署名、ご捺印の上、初回お越しの際に必ずご持参下さいますようお願いいたします。

承諾書

大阪中央整体院『顔プロ』御中

お名前（施術を受ける方） 氏名 _____

生年月日（施術を受ける方） 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生（ ____ 歳）

私は、上記未成年者の親権者として、上記未成年者が『大阪中央整体院 顔プロ』内において、施術を受けることを承諾します。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

親権者様の住所・氏名

氏名 _____ 印

住所 _____

続柄 _____

連絡先 電話 _____