

親権者様(法定代理人)の同意書

南青山ハーブビューティークリニック 御中(乙)

私は、貴店(乙)の利用に対し、貴店(乙)より事前に説明された内容、又は広告媒体等の告知に基づき、その内容を承認の上、下記のコースの契約をし、甲が貴店(乙)を利用する事に同意します。

～メニュー～	
・痩身注射(全身)・・・25,000円(税抜)	・痩身注射6回プラン・・・150,000円(税抜)→120,000円(税抜)20%OFF
・会員様1回痩身注射体験・・・9,000円(税抜)～	・痩身注射12回プラン・・・300,000円(税抜)→240,000円(税抜)20%OFF
・痩身注射パーツ(1部位)・・・7,000円(税抜)～	※気になるパーツ1箇所10CCを12回プレゼント!
・痩身注射パーツ(1部位)体験・・・5,000円(税抜)～	
・ウルトラキャビテーション・・・16,200円(税抜)～0.	

未成年者フリガナ(甲)

未成年者氏名(甲)

生年月日

〒

住所

電話番号

平成 年 月 日

上記の契約について同意します。

親権者(法定代理人)

氏名 _____ 印 (続柄 _____)

〒

住所 _____

電話番号 _____

※親権者(法定代理人)ご本人が署名・捺印をして下さい。