

同意書

mama クリニックにおいて、今後未成年者の判断のもとに自費でのお化粧品類の購入、美容施術を受けることに保護者として同意しました。

また、お化粧品類の使用や施術の際に、一時的に皮膚への刺激症状が出る可能性があることも説明を受け、同意しました。

年 月 日

未成年者氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

茅ヶ崎市常盤町 1-29

0467-57-4120

茅ヶ崎 mama クリニック

院長 加藤 円香

東京都渋谷区恵比寿南 3-2-11

03-6303-1712

恵比寿 mama クリニック

院長 岡崎 亜希