**未成年者施術同意書**

**骨格美容矯正サロンPRANA　御中**

**私は、下記未成年者の親権者として、「骨格美容矯正サロンPRANA」の各種施術を受けることに同意し、**

**署名いたします。**

**同意書記載日　　西暦＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿日**

**■ 施術内容を十分ご理解の上、下記に署名・捺印いただき、ご提出をお願い致します。**

**■ 本同意書は、施術対象者の方がご来店の際お持ち下さい。**

**■ ご記入いただいた個人情報は、事前にお客様の同意を得ることなく第三者に提供、開示いたしません。**

**施術内容：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿\_\_\_\_\_**

**施術対象者（未成年者）氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**生年月日：西暦＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿日**

**施術日：西暦＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿日**

**親権者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　印　　　未成年者との続柄：＿＿＿＿＿**

**住所：〒\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿\_\_＿＿**

　　　