

同意書

みやびスキンクリニックにおいて、未成年者の判断のもとに自費での美容施術を受けることや化粧品類の購入に保護者として同意しました。

また美容施術や化粧品類の使用の際に、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