

未成年者施術に関する同意書

Crescent Eye(株式会社 C BOX International)宛

年 月 日

私は保護者として Crescent Eye での施術に同意致します。

| | |
|-------|-------|
| 保護者氏名 | 印 |
| 続柄 | |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所 | |
| 電話番号 | |

| | |
|--------|-------|
| 未成年者氏名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所 | |
| 電話番号 | |

同意書への記入は全て保護者の方の直筆でお願い致します。