

20歳未満の方で施術・治療をご希望される方は、保護者（親権者）様のご承諾が必要になります。

日付以下は必ず保護者（親権者）の方にご記入していただいでください。  
治療を受ける方のご氏名と施術・治療名は保護者(親権者)のご同意があればどなたがご記入いただいても構いません。

## 承諾書

(治療を受ける方のご氏名)

\_\_\_\_\_が

(施術・治療名)

\_\_\_\_\_の施術・治療を

東京表参道 BeLumi クリニックで受けることを承諾いたします。

年 月 日

保護者（親権者）署名： \_\_\_\_\_ (印)

治療を受ける方との続柄： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_