

## 【承諾書】

私（ ）は子（ ）の  
保護者として、ミキクリニックにて以下の施術を受けることを  
承諾します。

ピアス

脱毛

その他（ ）

令和 年 月 日

保護者氏名： 印

住所：

電話番号：