

親権者同意書

サリアクリニック 御中

年 月 日

私は、申込者の親権者として貴院での申込者の下記施術に同意します。

施術名

申込書 記入欄

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	
住所	〒		
電話番号			

親権者 記入欄

氏名（自署）			
生年月日	西暦 年 月 日	続柄	
住所	〒		
電話番号			

※ 確認のため、親権者の方へお電話を差し上げる場合がございます。