

親権者同意書

年 月 日

宮益坂クリニック院長殿

私は施術申込者の法的代理人として、貴院での申し込み者の下記施術に同意します。

施術名 _____

【施術を希望する本人】

本人の氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

住所 〒 - _____

電話番号 () _____

【親権者について】

親権者の氏名 _____ ⑩ 続柄 _____

住所 〒 - _____
上記と異なる場合 _____

電話番号 () _____
上記と異なる場合