

親権者同意書

渋谷いなもりクリニック

年 月 日

私(法定代理人)_____は申込者_____の
法定代理人として貴院での申込者の下記施術に同意します。

施術名

法定代理人氏名 (親権者)	印		
生年月日	年 月 日	年齢	
住所	〒		
連絡先			

申込者氏名	印		
生年月日	年 月 日	年齢	
住所	〒		
連絡先			