

親権者同意書

スキンクリニック藤枝院/掛川院御中

西暦 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____

この度、私（保護者氏名： _____）は貴院にて、

（本人： _____）が

（施術名： _____）の治療を受けることに承諾し、

またここに依頼いたします。

※必ず保護者の方の了承を取り、ご記入下さい。

保護者氏名 _____ ㊞（続柄： _____）

保護者住所 _____

保護者連絡先 _____

※治療前にご確認を取らせて頂く場合がございます。

