

親権者同意書

スキンクリニック藤枝御中

平成 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を承諾し、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 _____ 印 (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



スキンクリニック藤枝

Skin for Beautiful Life