

【親権者同意書】

年 月 日

医療法人社団サンセール会

クール美容クリニック御中

私は、申込者が貴院において下記の施術を受けることに同意します。

施術名

申込者氏名				
生年月日	西 暦	年 月 日	年齢	満 歳
住 所				
連 絡 先	TEL	()		

法定代理人氏名 (親権者)	印			
生年月日	西 暦	年 月 日	年齢	満 歳
住 所				
連 絡 先	TEL	()		