

親権者同意書

年 月 日

みずほクリニック 御中

申込者が以下施術を受けることに同意します。

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
連絡先			
施術名			

親権者氏名 (父 母)	印
申込者との関係	

※以下、お申込者ご住所・ご連絡先と異なる場合は以下にご記入下さい。

住所	〒
連絡先	