

親権者同意書

年 月 日

美・Passage 銀座クリニック 御中

申込者が下記の希望に対して、来院・診察・施術を受けることに同意し、署名いたします。

▼申込者 記入欄

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

▼親権者 記入欄

※保護者もしくは配偶者。

親権者氏名 (自署)		印
申込者との続柄		
住所	〒	
連絡先		