

親権者同意書

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

大阪梅田スカイナイトクリニック 御中

私は、 _____ が下記の施術を受けることに親権者として同意し、署名いたします。

施術名

申込者氏名				印			
住所	〒						
連絡先	()						
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳

親権者氏名				印			
申込者との関係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ()						
住所	〒						
連絡先	()						
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳



大阪梅田スカイナイトクリニック