

未成年者施術における親権者同意書

美容皮膚科*一宮スキンケアクリニック御中

私は、申込者が下記施術を受けることに、親権者として同意致します。

年 月 日

施術名 _____

親権者氏名	印 (続柄)	
年齢・性別	満 才	男・女
生年月日	T・S・H 年 月 日	
ご住所、お電話番号がお申込者と異なる場合、下記にご記入ください		
住所	〒	
電話番号		

ご本人ご記入欄

申込者氏名		
年齢・性別	満 才	男・女
生年月日	T・S・H 年 月 日	
住所	〒	
電話番号		

親権者ご記入欄