

## 親権者同意書

記入日 平成 年 月 日

銀座すみれの花形成クリニック御中

下記の者が施術を受けることに同意します。

患者氏名			
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	印		
申込者との関係			
下記、申込者様と異なる場合はご記入ください。			
住所	〒		
連絡先			