

# —親権者同意書—

平成 年 月 日

表参道美肌クリニック 御中

私は、申込者が貴院において下記の処置を受けることを同意します。

処置名

---

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

法廷代理人氏名 (親権者)	Ⓜ		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳
住所			
連絡先	( )		