

親権者同意書

脱毛の窓口 Tokyo Clinic銀座院

院長 殿

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者が下記に施術(a)を受けることに同意致します。

フリガナ			
申込者	氏	名	
生年月日	西暦	年	月 日
		年齢	満 歳
住所	〒 _____ 都・道・府・県 _____ 市・郡・町・村		
連絡先			

施術名(a)

※法定代理人ご本人さまがご記入、捺印して頂きますようお願い致します。

フリガナ			
申込者	氏	名	
		印	
生年月日	西暦	年	月 日
		年齢	満 歳
住所	〒 _____ 都・道・府・県 _____ 市・郡・町・村		
連絡先			