

親権者同意書

DMTC CLINIC 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	〒		
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			
法定代理人 (親権者等)	氏	名	
申込者との関係	☐ 父親 ☐ 母親 ☐ その他 ()		
住所	〒		
連絡先			