

親権者同意書

アンベリエクリニック御中

令和 年 月 日

私は申込者がアンベリエクリニックにおいて下記の施術
を受けることに同意いたします。

施術名 _____

申込者名		年齢	
生年月日	年 月 日	連絡先	
住所			

法定代理人氏名 (親権者)	⑩	年齢	
生年月日	年 月 日	連絡先	
住所			