親権者同意書

申込者氏名（未成年者）：

生年月日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（満　　　　　歳）

電話番号：

この度、（患者様氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　が、８１clincにて

（施術名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　の施術を受けることに同意いたします。

同意日　 ：　　　　　年　　　　月　　　　日

親権者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

続柄　　　：

電話番号　：

※親権者（法定代理人）ご本人様が、署名・捺印してください。

81clinic

〒564-0051大阪府吹田市豊津町9-15　日本興業ビル9F

TEL　06-6170-7397