

同意書

城本クリニック 御中

私は、申込者の親権者として下記の施術を受けることに同意し、署名いたします。

▼申込者 記入欄

申込者氏名							
生年月日	昭和 平成	年	月	日	年 齢	満	才
住 所	〒						
電話番号							
施 術 名							

▼親権者 記入欄 ※この欄は必ず親権者の方がご記入下さい。

保護者氏名 (自署)								印
申込者との続柄								
住 所	〒							
電話番号								
記入年月日	平成	年	月	日				