

親権者同意書

年 月 日

AiZ CLINIC

私(法定代理人)_____は、申込者_____の
法定代理人として貴院での申込者の下記施術に同意します。

施術名

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

申込者氏名				印
生年月日	年 月 日	年齢		
住所	〒			
連絡先				