

# 親権者同意書

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

京艶美容外科 クリニック京都烏丸 御中

私は、 \_\_\_\_\_ が下記の施術を受けることに親権者として同意し、  
署名いたします。

## 施術名

申込者氏名				印			
住所	〒						
連絡先	( )						
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳

親権者氏名				印			
申込者との関係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
住所	〒						
連絡先	( )						
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳