

親権者同意書

年 月 日

医療法人社団 愛心高会 ウォブクリニック中目黒 御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
連絡先			

保護者 記入欄

保護者氏名(自署)	印		
申込者との関係			
(申込者と住所・連絡先が異なる場合は、下記にご記入ください)			
住所	〒		
連絡先			