

親権者同意書

平成 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							
施術名							

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								