

親権者同意書

同意書記入日 年 月 日

Attracrea BEAUTY CLINIC (アトラクレアビューティクリニック) 御中

私は、申込者が未成年であることから、
親権者として貴院において下記の施術を受けることに同意致します。

■ 施術者ご本人様

氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 ()才
連絡先	
診察・施術項目	

■ 親権者 必ず親権者ご本人様をご記入、押印していただきますようお願いいたします。

氏名	印	続柄	
生年月日	西暦 年 月 日 ()才		
住所	〒		
連絡先			

※万が一、同意書のご記入に不備があった場合は、治療をお受けいただくことができません。