

# 親権者同意書

みやもと美容クリニック 御中

私は、申込者がみやもと美容クリニックにおいて下記施術を受けることに同意致します。

施術名\_\_\_\_\_

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申込者\_\_\_\_\_

住所\_\_\_\_\_

親権者\_\_\_\_\_⑩

※この書類は必ず法定代理人（親権者）ご本人様をご記入ください。

< 施行者 >

みやもと美容クリニック

〒497-0034 愛知県海部郡蟹江町本町9-48

TEL : 0567-96-8889