

親権者同意書

阪田美容・形成外科 御中

私は、下記申込者が、阪田美容・形成外科にて施術を受けることに同意します。

フリガナ							
申込者氏名							
生年月日	西暦	年	月	日	年齢		歳
現住所	〒 -						
電話番号	- -						
施術名							

20 年 月 日

住所：〒 -

電話番号：

親権者名：

(申込書との続柄：

)