

親権者同意書

記入日 年 月 日

うめきた美容クリニック御中

申込者が下記の施術を受けることに同意し、署名いたします。

申込者氏名			
生年月日	年 月 日	年 齡	満 才
住 所	〒		
連 絡 先			
施 術 名			

保護者様氏名 (自 書)	印		
申込者との継続柄			
住 所	〒		
連 絡 先			