

保護者同意書

医療法人笑顔会 ゆう美容クリニックにおいて、(本人氏名) _____ の
_____ に関する施術を行うことに同意致します。

(施術者氏名) _____
(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
(住所) _____ _____
(連絡先番号) _____

(保護者氏名) _____
(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) (続柄: _____)
(住所) _____ _____
(連絡先番号) _____