

親権者同意書

申込日 年 月 日

前田メディカルクリニック御中

私は、申込者の親権者（続柄： ）として、申込者が下記の施術を貴院にて行うことに同意します。

施術名： _____

*必ず申込者ご本人が自署してください。

申込者氏名	㊟	生年月日	年 月 日
住所	〒		
連絡先			

*必ず親権者ご本人が自署してください。

親権者氏名	㊟	生年月日	年 月 日
住所	〒		
連絡先			



医療法人社団 淳真会
前田メディカルクリニック

栃木県小山市喜沢 1475

TEL 0285-25-8161