



親権者同意書

令和 年 月 日

U CLINIC SHINJUKU 御中

申し込み者が下記の施術を受けることに同意します。

施術名： _____

| | | | |
|-------|----------|-----|-----|
| 申込者氏名 | | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 年齢 | 満 歳 |
| 住所 | 〒 - | | |
| 連絡先 | 自宅 | () | |
| | 携帯 | () | |

| | |
|---------------------------------|-----|
| 法定代理人 | |
| 申込者との関係 | |
| お申し込み者様とご住所、ご連絡先が異なる場合はご記入ください。 | |
| 住所 | |
| 連絡先 | () |

その他、不明な点がございましたらお問い合わせください。

TEL : 03-53668920

LINE でのお問い合わせはこちら



U CLINIC
SHINJUKU