

親権者同意書

申込者様ご氏名 _____

施術名 _____

申し込み者が上記の施術を受けることに同意致します。

平成 年 月 日

親権者様ご住所

ご連絡先 自宅 ()
携帯 ()

親権者様ご氏名

④

- ※ 親権者様の自署にてお願いします
- ※ 親権者様に直接連絡を入れさせて頂く場合がございます
ご提供頂いた個人情報を、予めご了解頂いている目的及び当該業務以外では使用致しません

医療法人社団 イルマーレ ドクター松井クリニック
院長 松井 彰一郎