

# 親権者同意書

令和 年 月 日

ラグラン銀座医院 御中

下記の者が施術を受けることに同意致します。

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_ 施術名 \_\_\_\_\_

親権者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

※当日ご確認の為にご連絡する場合がございます。

※必ずボールペンでのご記入をお願い致します。

※施術当日こちらの同意書がない場合、施術は受けられません。