

親権者同意書

施術名

施術予定日

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 才)
電話番号	自宅： 携帯：

※親権者(法定代理人)ご本人様がすべての欄をご記入・ご捺印下さい。

親 権 者 名(法定代理人)

印

続 柄

ご 住 所

電話番号 自宅：
携帯：

申込者が上記の施術を受けることに同意し署名致します。



F U J I NATURE スキンクリニック

fuji nature skin clinic

〒150-0021 東京都渋谷区恵比寿西1-7-4 FPG linksEBISU 4階
医療法人社団 伸詠会 藤ナチュレスキンクリニック