

親権者同意書

Original Beauty Clinic GINZA 殿

(西暦) _____ 年 月 日

私 (法定代理人) _____ は、申込者 _____ の

法定代理人として貴院での申込者の施術に同意いたします。

法定代理人 (親権者)

氏 名 : _____ 印

生年月日 : (西暦) _____ 年 月 日

住 所 : _____

連絡先 : _____

申 込 者

氏 名 : _____ 印

生年月日 : (西暦) _____ 年 月 日

住 所 : _____

連絡先 : _____

施 術 名 : _____