

# 保護者同意書

銀座小町クリニック院長 萩島恭子殿

今回、未成年である\_\_\_\_\_（平成 年 月 日生）が  
貴院で \_\_\_\_\_ を受けることにつき、

本人の希望を受け入れて、

親権者として施術を受けることに同意します。

西暦 / 平成 年 月 日	
フリガナ	
本人氏名	(平成 年 月 日生)
住所	〒 _____
電話番号	

フリガナ	
保護者氏名	【続柄 _____】
保護者住所 (本人住所と異なる場合)	〒 _____
連絡先	

銀座小町クリニック  
〒104-0061 東京都中央区銀座8-9-16 長崎センタービル3F  
TEL 0120-767-885 FAX 03-5537-3852