

保護者同意書

銀座小町クリニック院長 萩島恭子殿

_____ (西暦 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 年 月 日	
フリガナ	
本人氏名	(西暦 年 月 日生)
住所	〒 ー
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)	〒 ー
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