

# 親権者同意書

市川Rio皮膚科 御中

年 月 日

私は、申込者：\_\_\_\_\_ が、

市川Rio皮膚科において下記の施術を受けることを同意致します。

施術名：  
\_\_\_\_\_

## 【申込者】

氏名

生年月日 年 月 日 ( 歳)

住所

連絡先

## 【法廷代理人(親権者)】

氏名

Ⓜ

生年月日 年 月 日 ( 歳)

住所

連絡先

千葉県市川市市川南3-1-20 シティコアウドウ市川1階

市川Rio皮膚科

TEL047-323-6288 Fax047-323-6266