

# 親権同意書

令和 年 月 日

アピームクリニック 宛

私は、申込者の親権者として貴院での申込者の下記の施術に同意します。

## 施術名

※親権者様が全てご記入ください。

申込者氏名			
生年月日		年齢	満
住所			
連絡先			

親権者	印
生年月日	
住所	
連絡先	