

## 親権者同意書

申込者様ご氏名 \_\_\_\_\_

施術名 \_\_\_\_\_

施術の同意書の内容を確認し、申し込み者が上記の施術を受けることに同意致します。

年 月 日

親権者様ご住所

ご連絡先 自宅 ( )  
携帯 ( )

親権者様ご氏名

- ※ 親権者様の自署にてお願いします
- ※ 親権者様に直接連絡を入れさせて頂く場合が御座います  
ご提供頂いた個人情報、予めご了解頂いている目的及び当該業務以外では使用致しません
- ※ 施術当日までに、親権者同意書の提出がない場合は施術のご提供を致しかねます。  
ご了承下さいませ。

医療法人社団 イルマーレ ドクター松井クリニック  
院長 松井 彰一郎