親権者同意書

MIO SKIN CLINIC 宛

患者様氏名：

生年月日：　　年　　月　　日（満　　歳）

ご住所：

連絡先：

上記未成年者の親権者として、貴院で施術を受けることに同意致します。

親権者氏名：　　（続柄　　）

ご住所（同上可）：

連絡先：