

親権者御同意書

KIMI CLINIC形成・美容外科 御中

私は、申し込み者が貴院において下記の処置を受けることに同意します。

申し込み日： 年 月 日

手術/施術名

申し込み者様

印

生年月日

西暦 年 月 日

住所

電話番号

▼この欄は必ず法廷代理人（親権者）ご本人がご記入ください▼

法廷代理人（親権者）

印

生年月日

西暦 年 月 日

住所

電話番号

KIMI CLINIC

形成・美容外科