

# 親権者同意書

同意書記入日 年 月 日

未成年者氏名 (申込者)			
生年月日	年 月 日	年齢	満 歳
現住所	〒		
施術名			

私は、上記未成年者の親権者として上記申込者が北摂皮膚科クリニックにおいて上記施術とカウンセリングを受けることを承諾します。

親権者氏名				印
申込者との関係				
連絡先				
現住所	〒			

▲親権者の方のご住所は、申込者ご本人と同じ場合は「同上」とご記入ください。

## 北摂皮膚科クリニック

〒569-1144 大阪府高槻市大畑町 13-1

イオンフードスタイル摂津富田店2階

TEL 072-697-7830

