

## 親権者同意書

私は、申込者が貴院において施術を受ける事に同意します。

申込者名： \_\_\_\_\_

保護者名： \_\_\_\_\_ 印

住所： (            —            )  
\_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

河合医院 美容皮膚科