

年 月 日

ロイ点滴クリニック 御中

親権者同意書

私は、申込者の法的代理人として、ロイ点滴クリニックでの申込者の下記施術に同意します。

記

施術名

※ 親権者もしくは申込者(未成年者)どちらかがご記入ください。

申込者				
生年月日	年	月	日生	年齢
住所	〒 -			
電話番号				

※ 下記事項は必ず親権者本人様をご記入ください。

親権者				印
続柄				
住所	〒 -			
電話番号				