

親権者同意書

平成 年 月 日

わたなべ整形外科 御中

私は、申込者が貴院において申込者が下記の施術を受けることに同意します。

施術名 **ピアス穴あけ**

申込者氏名			
生年月日	西 暦 年 月 日	年齢	満 歳
住 所			
連 絡 先	()		

法定代理人氏名 (親権者)				印
生年月日	西 暦 年 月 日	年齢	満 歳	
住 所				
連 絡 先	()			