

同意書

城本クリニック 院長 殿

私は、法的代理人として、申込者(本人氏名) _____ が、
城本クリニックにおいて、施術 () を
受けることに同意致します。

平成 年 月 日

親権者住所：

続柄：

親権者氏名：

