

親権者同意書

りょうこ皮膚科クリニック 御中

本日、申込者：_____が医療アートメイクを受けることを申込者の法的代理人として同意致します。

令和 年 月 日

申込者住所

氏名

親権者住所

連絡先 (TEL)

親権者氏名

続柄

りょうこ皮膚科クリニック 院長殿

〒560-0082

大阪府豊中市新千里東町1丁目1-3

SENRITOよみうり3階クリニックモール

電話番号 06-6873-6888