

親権者同意書

令和 年 月 日

デンタルクリニック ピュア / ピュアビューティー恵比寿 御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

申込者					
生年月日	年	月	日	年齢	満 歳
住所					
連絡先					
診察・施術項目					

法定代理人氏名					
申込者との関係					
※申込者のご住所が異なる場合は下記の記入をお願い致します。					
住所					
連絡先					

※代理人様の身分証明の写しもお持ちいただけますようお願い致します。