

うめがおか皮膚科 殿

年 月 日

保護者同意書

被施術者（未成年） _____ が

貴院の施術名： _____ を受けることに同意します。

被施術者（未成年）：	生年月日： 年 月 日（ 歳）
保護者氏名：	続柄：
住所：	
電話番号：	

- 必ず保護者の方が直筆でご記入ください。
- 場合によってはお電話させていただくこともあります。