

# 親権者同意書

千葉スキンケアクリニック院長 殿

私は保護者または親権者として、(申込者) \_\_\_\_\_ が

(施術名) \_\_\_\_\_ についての診療・施術の説明を十分に理解した  
と認め、千葉スキンケアクリニックと診療契約・支払い契約を結ぶことに同意致します。

平成 年 月 日

親権者住所

親権者氏名

Ⓜ