

親権者同意書

署名日： 年 月 日

このたび、下記の未成年者が眠れるスキンクリニック田町において施術を受けるにあたり、親権者としてその内容を確認し、同意いたします。

施術名：

【未成年者情報】

氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)
住所	

【親権者署名欄】

親権者氏名（自署）	
続柄	
住所	
連絡先（携帯電話）	



眠れるスキンクリニック
Nemureru Skin Clinic