

親権者同意書

ワイエス美容外科クリニック 御中

私の_____である_____が、ワイエス美容外科クリニックにおいて
_____を受ける事に同意します。

西暦 年 月 日

住 所

電話番号

親権者指名

⑩

※この書類は必ず法定代理人（親権者）ご本人様をご記入ください。

< 施行者 >

ワイエス美容外科クリニック

三重県津市羽所町345 番地 津駅前第一ビル4F

TEL:059-221-5187