

アユミ スキン クリニック
AYUMI SKIN CLINIC

親権者同意書

記入日: 令和 年 月 日

私は、申込者の親権者(続柄:)として、申込者が下記の診察および施術内容を十分に理解していることを認めます。また診察及び施術に関わる費用を支払うことを、親権者として同意いたします。

施術名:

ご契約者様(未成年者)情報

氏名			
住所	〒		
生年月日	西 暦	年 月 日	年 齢 満 才
連絡先電話番号	() -		

親権者様情報

氏名			
続柄			
住所	〒		
連絡先電話番号	() -		

※ご記載いただいた個人情報は、個人情報保護法に基づき、診療以外には使用いたしません。

AYUMI SKIN CLINIC(アユミスキンクリニック)

医師名: 高山有由美 〒860-0844 熊本県熊本市中央区水道町1-27 大学堂ビル3F 電話: 096-312-5105