

未成年者親権者 承諾書

西暦 年 月 日

札幌ル・トロワ ビューティクリニック Vogue 御中

私は、 が下記の治療を受けることに親権者として同意し、署名いたします。

治療名 _____

申込者氏名				印
住所	〒			
連絡先	()			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才	

親権者氏名				印
	(申込者との関係)			
住所	〒			
連絡先	()			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才	



医療法人礼風会 札幌ル・トロワ ビューティクリニック

~V o g u e~