

親権者同意書

小顔・骨盤矯正専門院 とりむ 御中

私は、親権者として（患者様氏名） _____ が、
貴院にて（施術内容） _____ の施術を受ける
ことに同意致します。

_____ 年 月 日

住所 _____

電話番号 _____

親権者氏名 _____ 続柄（ _____ ）

※必ず親権者の方の直筆でご記入ください。

※当院より確認のお電話をさせて頂く場合がございます。

※親権者様名義のクレジットカードを使用される場合は、初回カウンセリング時の同伴が
必要となります。