

保護者同意書

私は、申込者が貴院で施術を受ける事に同意します。

令和 年 月 日

申込者者氏名: _____

保護者氏名: _____

東京都練馬区豊玉北5-18-9-3
ねりま皮膚科クリニック
TEL:03-3994-4088