



同意書

私は、この文書を持参する本人の保護者として下記施術を行うことに同意します。

施術内容			
保護者氏名		続柄	
本人氏名			
本人生年月日		年	月 日
住所			
連絡のつく電話番号			

署名日 年 月 日

保護者署名(自署)



署名の代筆不可