

●親権者同意書

私は_____が、ふくだ形成外科クリニックにて、
_____の施術を受けることに同意いたします。

施術を受ける本人(未成年):

親権者:

住 所:

氏 名:

生年月日: 平成 年 月 日生

親権者署名: 印

住 所:

氏 名:

間 柄:

生年月日: 年 月 日

ZIP.533-0023

大阪市東淀川区東淡路4丁目-17-3

Tel:06-6160-2960 Fax:06-6160-2970

<http://www.fukuda-prs.jp/>