

保護者承諾書

年 月 日

フローラクリニック院長 秋間雄策 殿

申込者が下記の施術を受けることに同意し、署名いたします。

▼申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
連絡先			
施術名			
症例モニター	希望する ・ 希望しない		

▼親権者 記入欄 ※この欄は必ず親権者の方がご記入ください。

保護者氏名 (自署)	印		
申込者との続柄			
住所 <small>※お申込者ご住所・ ご連絡先と異なる場 合はご記入くださ い。</small>	〒		
連絡先			