

親権者同意書 (保護者同意書)

(施術をお受けになるご本人のお名前) _____ が ARIEL.BUST.CLINIC において、

(手術名) _____ の施術を受けることに同意致します。

また、今後その施術の件につきましては、施術の同意書、説明書の内容に従い、異議申し立て致しません。

※現住所が確認出来る身分証明書のコピーをお渡しします。

施術日 年 月 日

保護者氏名 _____ (印)

保護者住所

〒 _____
 都道
 府県

※ ARIEL.BUST.CLINIC では、本同意書のご提示がない場合、未成年者の施術につきましては一切お受けできかねます。

