保護者同意書

神道レディースクリニック殿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の施術を受けることに同意致します。

年　　月　　日

保護者　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印(続柄　　)

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿