

# 親権者同意書

私は、申込者 \_\_\_\_\_ の親権者(続柄 \_\_\_\_\_ )として  
申込者が新宿駅三丁目クリニックで行う下記のチェックを入れた  
メニューについて施術する事に同意します。

- プラセンタ注射
- 白玉注射
- 高濃度ビタミンC点滴
- 水光注射

## ■親権者記入欄

記入日	年 月 日
親権者氏名	⑩
住所	〒
電話番号	