Hair Care Clinic

親権者同意書

私の子である　　が　　の診療・施術の説明について十分に理解し自己の利益の判断ができると認め、
ヘアケアクリニック六本木院と診療契約・支払い契約を結ぶことに同意致します。

令和　　年　　月　　日

親権者住所

親権者連絡先

親権者氏名　　㊞

〒106-0032
東京都港区六本木7-13-2 アーバンビル5階
TEL：03-6886-8665

ヘアケアクリニック理事長 / 統括院長
矢本 英之