

親権者同意書

アートセルクリニック六本木 宛

_____が

_____（以下1～7より選択）の治療を受けることに
同意します。

- 1.アートメイク
- 2.ハイフ
- 3.グリーンジェネシス
- 4.ピコレーザー
- 5.水光注射
- 6.美容注射
- 7.ボトックス

西暦 年 月 日

親権者 住所

_____ 氏名 _____（続柄 _____）

同意書は来院の際にお持ちください。