



親権者同意書

年 月 日

ZiMA CLINIC 御中

申込者が下記の希望に対して、来院・診察・施術を受けることに同意し、署名致します

▼申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	年 月 日	年 齢	満 才
住 所	〒		
連 絡 先			
施 術 名			

▼親権者 記入欄

親 権 者 氏 名 (自 署)	⑩
申込者との続柄	
住 所 <small>※申込者ご住所・ご連絡先と異なる場合はご記入ください。</small>	〒
連 絡 先	



医療法人社団 修永会
ZiMA CLINIC
院長 宮田 知里

営業時間/10:00-19:00

住所/〒460-0008

愛知県名古屋市中区栄三丁目15番37号エフジー栄ビル3階

☎ 052-251-8300 📠 052-251-8303