Grias clinic 宛	Grias	clinic 宛	
----------------	-------	----------	--

記入日:	年	月	一日
------	---	---	----

同意書

(未成年用)

Grias clinicへの申し込み・治療に同意します。

申込者氏名:	(満孝)
親権者氏名:	加
本人との続柄:	
住所:	
連絡先:	
ご希望の施術内容/お悩み:	
※ご来院時に当院から親御様にご連絡させて頂きます。	

電話が繋がらない場合、治療をお断りさせて頂く場合がございます。

Grias clinic

2042-860-7073

〒194-0013 東京都町田市原町田4-1-11 大塚プラザビル2階