

親権者同意書

私は、下記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院で下記の施術を受ける事に同意いたします。

ふりがな			
未成年者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号			

記入日 年 月 日

施術名

親権者氏名 印 続柄

住所 〒

電話番号

*親権者（法定代理人）ご本人様が直筆でご記入・ご捺印ください。
枠内は未成年者ご本人様が直筆でご記入ください。
診察・施術に際し、確認のため、親権者の方にご連絡させて頂く場合がございます。
日中につながりやすい電話番号をご記入ください。