

# 親権者同意書

令和 年 月 日

東京美容医療クリニック 御中

私は、申込者が貴院において下記の施術・手術を受けることに同意致します。

施術・手術名 \_\_\_\_\_

申し込み者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 ( 昭和・平成 ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 満 \_\_\_\_\_ 歳

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 ( 自宅・携帯 ) \_\_\_\_\_

◆この欄は必ず法定代理人(親権者)ご本人様にご記入下さい。

法定代理人(親権者)氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

申込者との関係 \_\_\_\_\_

生年月日 ( 昭和・平成 ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 満 \_\_\_\_\_ 歳

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 ( 自宅・携帯 ) \_\_\_\_\_