

親権者同意書

平成 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）ご本人様をご記入下さい。

| | | | | |
|----------------|-------|----|---|---|
| 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) | | | | |