

親権者同意書

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 _____ 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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 満 _____ 歳

住所 _____

連絡先 (自宅・携帯) _____