

親権者同意書

フォーシーズンズ美容皮膚科クリニック 御中

私は、下記の申込者が未成年であることから、親権者(法定代理人)として、貴院における申込者の診療に同意いたします。

診療内容(施術名・処方内容)

フリガナ	
申込者氏名 (未成年者)	
生年月日	年 月 日生 (歳)
ご住所	〒
電話番号	(自宅) (携帯)

平成 年 月 日

ご住所: 〒

電話番号: (自宅)
(携帯)

親権者名: 印
(申込者との続柄:)

※親権者ご本人様が署名・捺印してください。