

親権者（法定代理人）同意書

年 月 日

なんばにしわき形成・美容クリニック 御中

私は、下記の申込者が未成年であることから親権者として申込者の意思を尊重し、
貴院に於いて申込者が（施術名）_____を受けることに同意致します。

●申込者

本人氏名	
生年月日	年 月 日（満才）
住所	〒（ - ）
電話番号	

●法定代理人（親権者、後見人、保護義務者）あるいは保証人

氏名		㊟
続柄		
生年月日	年 月 日（満才）	
住所	〒（ - ）	
<small>※お申込者ご住所と異なる場合はご記入ください</small>		
電話番号		

※シャチハタ不可。

※確認のため、お電話での連絡もさせていただく場合がございます。

※親権者が全てご記入いただきご持参ください。