

親権者同意書

年 月 日

八事石坂クリニック殿

私は、施術申込者の法的代理人として、貴院での申込者の
下記施術に同意します

施術名 _____

【施術を希望する本人について】
※親権者もしくは申込者どちらかがご記入下さい

本人の氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

住所 〒 _____

電話番号 (_____) _____ - _____

【親権者について】
※下記事項は必ず親権者本人がご記入下さい

親権者の氏名 _____ ⑩ 続柄 _____

住所 〒 _____

電話番号 (_____) _____ - _____