

年 月 日

医療法人 愛美会
松林景一美容クリニック天神 殿

親権者同意書

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。

記

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（未成年者）どちらかがご記入ください。

本人の氏名			
生年月日	年 月 日生	年 齡	歳
住所	〒 ー		
電話番号			

【親権者について】

※下記事項は必ず親権者ご本人がご記入ください。

親権者の氏名	印		
続 柄			
住所	〒 ー		
電話番号			

以上