親権者（法定代理人）同意書

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
受けることに同意いたします。

ふりがな					
未成年者氏名					
生年月日	西暦	年	月 日	年齢	歳
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 >

同意書記入日： 西暦 年 月 日

氏 名： ④ 続柄：

生年月日： 西暦 年 月 日

住 所： 〒

電話番号：

- ※ 枠内は、未成年者ご本人様が直筆でご記入ください。
その他については、親権者（法定代理人）ご本人様が、全て直筆でご記入・ご捺印ください。
- ※ 診察・施術の確認のため、親権者の方にお電話にてご連絡させていただく場合がございます。
日中につながりやすい電話番号をご記入ください。
- ※ 同意書に不備があるときは、施術をお受けいただけないためご注意ください。