

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

ヒロ美容クリニック 御中

## 親権者同意書

私は、申込者の法的代理人として、貴院での申込者の下記施術・手術に同意します。

### 記

施術・手術名

---

※ 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。

|      |         |   |    |    |  |
|------|---------|---|----|----|--|
| 申込者  |         |   |    |    |  |
| 生年月日 | 年       | 月 | 日生 | 年齢 |  |
| 住所   | 〒 _____ |   |    |    |  |
| 電話番号 |         |   |    |    |  |

※ 下記事項は必ず親権者本人様にご記入ください。

|      |         |  |  |  |  |
|------|---------|--|--|--|--|
| 親権者  | (印)     |  |  |  |  |
| 続柄   |         |  |  |  |  |
| 住所   | 〒 _____ |  |  |  |  |
| 電話番号 |         |  |  |  |  |