

未成年者親権者承諾書

銀座美容外科クリニック 御中

年 月 日

私は、
が銀座美容外科クリニック__院にて
下記の治療を受けることに親権者として同意し、署名致します。

治療名

申込者氏名 _____ 印

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

住所 〒(_____)

連絡先 (_____)

親権者氏名 _____ 続柄(_____) 印

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

住所 〒(_____)

連絡先 (_____)
