

## 親権者同意書

私は、下記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院で下記の施術を受ける事に同意いたします。

|        |       |    |   |
|--------|-------|----|---|
| ふりがな   |       |    |   |
| 未成年者氏名 |       |    |   |
| 生年月日   | 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 住所     | 〒     |    |   |
| 電話番号   |       |    |   |

記入日 年 月 日

施術名

親権者氏名 印 続柄

住所 〒

電話番号

\* 親権者（法定代理人）ご本人様が直筆でご記入・ご捺印ください。  
枠内は未成年者ご本人様が直筆でご記入ください。  
診察・施術に際し、確認のため、親権者の方にご連絡させて頂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。