

未成年者親権者承諾書

銀座美容外科クリニック 御中

平成 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 ()
