

親権者同意書

_____年　　月　　日

Gメディカルアートクリニック　御中

私は、以下注意事項を確認し、申込者の法定代理人として、申込者が下記の施術を受けることに同意します。

施術内容　：

【申込者】

申込者氏名				印
生年月日	年　　月　　日	年齢	歳	
住所	〒			
電話番号				

【法定代理人】

法定代理人氏名				印
生年月日	年　　月　　日	年齢	歳	
住所	〒			
電話番号				