

親権者（法定代理人）同意書

二色クリニック御中

私は、下記の申込者が未成年であることから、親権者として申込者の意思を尊重し、
貴院において申込者が（施術名）_____を
受けることに同意いたします。

同意書記入日： 年 月 日

○本人

氏名： _____

生年月日： 年 月 日（ 才）

住所： _____

電話番号： _____

○法定代理人（親権者、後見人）あるいは保証人

氏名： _____ 印 続柄（ ）

生年月日： 年 月 日

住所： _____

電話番号： _____

※親権者様が全てご記入いただき、ご持参ください。

※確認のため、お電話でご連絡させていただく場合があります。