

平成 年 月 日

医療法人 有美加  
福岡アールスキンケアクリニック 殿

## 親権者同意書

私は、施術申込者の法的代理人として、貴院での申込者の下記施術に同意します。

記

施術名 \_\_\_\_\_

### 【施術を希望する本人について】

※親権者もしくは申込者(未成年者)どちらかがご記入ください。

本人の氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒 _____		
電話番号			

### 【親権者について】

※下記事項は必ず親権者ご本人がご記入ください。

親権者の氏名	印		
続柄			
住所	〒 _____		
電話番号			

以上