

_____年 _____月 _____日

ヒロ皮フ形成クリニック 御中

親権者同意書

私は、申込者の法的代理人として、貴院での申込者の下記施術・手術に同意します。

記

施術・手術名

※ 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。

申込者					
生年月日	年	月	日生	年齢	
住所	〒 _____				
電話番号					

※ 下記事項は必ず親権者本人様をご記入ください。

親権者	(印)				
続柄					
住所	〒 _____				
電話番号					