

親権者同意書

CLINIC W 宛

私は、親権者（法定代理人）として、申込者が下記の希望に対して、来院・診療・
施術を受けることに同意します。

申込者氏名（未成年者）

生年月日

 年

 月

 日（年齢

 ）

・上記は、未成年者ご本人様が直筆でご記入下さい。

記入日

 年

 月

 日

施術内容

法定代理人・親権者氏名

 印（続柄

 ）

住所

連絡先電話番号

【親権者の方へのお願い】

- ・必ず親権者様ご自身の直筆でご記入し、捺印ください。
パソコンなどで入力・印刷したものは無効です。
- ・同意書はコピーやFAXでは無く、必ず原本をお持ちいただくようお願いいたします。
- ・親権者様署名があっても、施術名・施術予定日などの記載漏れ、捺印がないなど不備がある場合には無効となります。
- ・診察・施術に際し、確認のため、親権者の方にご連絡させていただく場合がございます。
日中につながりやすい電話番号をご記入ください。

■ お問い合わせはこちらへ ■

CLINIC W 027-386-2828（受付 10:00-18:00）不定休