

親権者同意書

エスト美容クリニック 御中

私は、下記の申込者が未成年者であることから、親権者として申込書の意味を尊重し、貴院における申込人の診療（手術・処置・処方）に同意します。

診療内容（施術名・処方内容）：

ふりがな			
申込者			
生年月日	西暦	年 月 日	年齢
現住所	〒 -		
電話番号	- -		

年 月 日

住所：〒 -

電話番号：() -

親権者名： 印

(申込者との続柄：)