

# 親権者同意書

年　月　日

私(法定代理人)\_\_\_\_\_は、本人(施術を受ける方)\_\_\_\_\_の

法定代理人として貴院(プロクリニック)で下記施術を受けることに同意します。

施術名 \_\_\_\_\_

法定代理人(親権者) 氏名	印		
生年月日	年　月　日	年齢	
住所			
連絡先			

本人(施術を受ける方)氏名	印		
生年月日	年　月　日	年齢	
住所			
連絡先			

※以上の欄は親権者様がすべてご記入ください。  
※ご住所がご一緒の場合のみ、【同上】とご記載ください。