

____年 ____月 ____日

麻布台ビューティセルクリニック 院長 殿

親権者同意書

私は、申込者の親権者として、申込者が貴院にて下記治療の契約をすること、下記治療を受けることに同意いたします。

記

治療名

●契約申込者

申込者	印		
生年月日	年 月 日生	年齢	
住所	〒 ー		
電話番号		携帯番号	

●同意者

法定代理人 (親権者代表)	印	続柄	
住所	〒 ー		
電話番号		携帯番号	

※申込者様のみでご来院された際には、必ず親権者様へ電話確認をさせていただきます。ご契約や治療につきましては、ご確認させていただいた後に行いますのでご了承ください。