

18歳未満用

記入日 年 月 日

レオクリニック恵比寿 御中

親権者同意書

私は、下記申込者が18歳未満の為、親権者（法廷代理人）として貴院で申込者が施術を受ける事に同意いたします。

記

◇申込者

| | | | |
|------|---|------|--------|
| 氏名 | ⑩ | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日生（満歳） |
| 電話番号 | | 携帯電話 | |

以上

親権者氏名

⑩（続柄）

親権者住所

〒

親権者連絡先

親権者の欄につきましては、ご本人の直筆でお願い致します。
ご確認のため、ご連絡させていただく場合がございます。