

# 親権者同意書

平成 年 月 日

八事石坂クリニック殿

私は、施術申込者の法的代理人として、貴院での申込者の  
下記施術に同意します

施術名 \_\_\_\_\_

【施術を希望する本人について】  
※親権者もしくは申込者どちらかがご記入下さい

本人の氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

【親権者について】  
※下記事項は必ず親権者本人がご記入下さい

親権者の氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_