

親権者同意書

銀座美容メディカルクリニック 宛

記入日 年 月 日

施術名

施術代金(税込)

円

施術予定日

西暦

年

月

日

ご契約者様(未成年者)情報

氏名			
住所	〒		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才
電話番号	自宅: 携帯:		

私は上記契約者の親権者(法定代理人)として、
銀座美容メディカルクリニックにおいて契約者が施術を受けることに同意いたします。

親権者様情報

氏名	
続柄	(施術を受ける未成年者から見て)
住所	〒
電話番号	自宅: 携帯:

※親権者(法定代理人)様ご本人が、全ての欄をご記入・ご捺印ください。