

# 未成年者施術における親権者同意書

形成外科・美容外科ぎふスキンケアクリニック御中

私は、申込者が下記施術を受けることに、親権者として同意致します。

年 月 日

施術名 \_\_\_\_\_

## ご本人ご記入欄

申込者氏名			
年齢・性別	満 才	男 ・ 女	
生年月日	T ・ S ・ H	年	月 日
住所	〒		
電話番号			

## 親権者ご記入欄

親権者氏名	印 (続柄 )		
年齢・性別	満 才	男 ・ 女	
生年月日	T ・ S ・ H	年	月 日
ご住所、お電話番号がお申込者と異なる場合、下記にご記入ください			
住所	〒		
電話番号			