

# 親権者同意書

令和 年 月 日

フォーシーズンズ美容皮膚科クリニック 御中

私は、下記の申込者が未成年であることから、親権者（法定代理人）として、貴院における申込者の診療に同意いたします。

診療内容（施術名・処方内容）

## ◎契約申込者（未成年者）

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日生（ 歳）
ご住所	〒 -
電話番号	(自宅) _____ (携帯) _____

## ◎親権者 ※親権者ご本人様が署名・捺印してください。

フリガナ	
氏名	Ⓜ (申込者との続柄： )
ご住所	〒 -
電話番号	(自宅) _____ (携帯) _____