

未成年親権者同意書

当院では未成年の患者様が施術の契約を締結する場合、親権者様(法定代理人)の同意を頂いております。当該契約時に親権者様のご同席が難しい場合、本同意書にご署名・ご捺印の上、(確認の連絡不可の場合には、差支えなければ本人確認書類の写しと併せて)患者様にお渡し下さいますようお願い申し上げます。親権者様の同意がない場合には施術及び契約をお断りさせていただいております。

私は、申込者(未成年者)の親権者(法定代理人)として、申込者が下記の施術を受けることに同意します。

記入日： 年 月 日

施術名 _____

【申込者(未成年者)】

氏名	
生年月日	(歳)
住所	〒
電話番号	

【親権者】

氏名	Ⓜ
申込者との関係	
住所	〒
電話番号	

確認の為に親権者の方にご連絡させて頂く場合がございますこと、あらかじめご了承ください。

水上形成外科 美容クリニック