

西暦 年 月 日

医療法人 有美加  
MEN'S R クリニック 殿

## 親権者同意書

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。

記

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（未成年者）どちらかがご記入ください。

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ご本人がご記入ください。

親権者の氏名 印

続柄

〒 住所

電話番号

以上