

未成年者 親権者同意書

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

Mast Beauty Clinic 御中

私は申込者が貴院において下記の治療・処置を受けることに同意します。

申込者

氏名	
生年月日	
住所	〒
連絡先 (TEL)	

法定代理人※必ず親権者ご本人の「自署」及び「捺印」が必要になります。

氏名	印
生年月日	
住所 (申込者と同じ場合は不要)	〒
連絡先 (TEL)	
申込未成年者との続柄	