

同意書

城本クリニック 御中

私は、申込者の法定代理人として（申込者が未成年の場合で、他に共同親権者がいる場合は、共同親権者の代表者として）、または父又は母として申込者が下記の施術を受けることに同意し、署名いたします。

▼申込者 記入欄

申込者氏名							
生年月日	平成 令和	年	月	日	年齢	満	才
住所	〒						
電話番号							
施術名							

▼申込者が未成年者の場合

法定代理人名 (親権者代表者名等)	(自署)	印
----------------------	------	---

▼申込者が18歳又は19歳の高校生の場合

父又は母	(自署)	印
------	------	---

▼法定代理人 父又は母記入欄 ※この欄は必ずご記入下さい。

住所	〒			
電話番号				
記入年月日	令和	年	月	日