

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）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 | 昭和 平成 | 年 月 日 | 年 齢 満 才 |
| 住 所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | | |
| 施 術 名 | | | |

▼法定代理人 記入欄 ※この欄は必ず法定代理人の方がご記入下さい。

| | |
|----------------------|---|
| 法定代理人名 (親権者代表者名等) | (自署) 印 |
| 申込者との続柄 | |
| 住 所 | 〒 |
| 電話番号 | |
| 記入年月日 | 平成 年 月 日 |