

M's CLINIC 御中

親権者同意書

私は、契約中の申し込みにあたって、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記治療を受けるにあたって、契約を締結することを同意します。

記

治療内容

施術代金（税込） 円 のお支払いに同意します。

以上

申込者（未成年者）				
ご住所	〒			
生年月日	年	月	日生	年齢 満 歳
電話番号	自宅： 携帯：			

法定代理人（親権者）	印	続柄	
ご住所	〒		
生年月日	年	月	日生
電話番号	自宅： 携帯：		

※親権者（法定代理人）御本人様が全ての欄をご記入・ご捺印ください。

※ご確認のため、ご連絡させていただく場合があります。