

令和 年 月 日

医療法人別府ガーデンヒルクリニック 宛

親権者同意書

未成年者名
住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 (満 才)

施術名 _____ 脱毛 / ピアス / その他 (_____)

※その他は親権者への電話確認、もしくは同伴が必要となります。

記

上記未成年者が、貴院にて上記の施術を受けることを
親権者として同意致します。

住 所 _____

続 柄 _____

電 話 _____

親権者 _____ 印

※必ず親権者ご本人様をご記入ください。