

年 月 日

ユリシスクリニック 御 中

親権者同意書

私は、施術申込者の法的代理人として、貴院での申込者の下記施術に同意します。

記

施術名： _____

【施術を希望する本人について】

※親権者もしくは申込者（未成年者）どちらかがご記入ください。

| | | | |
|-------|--------|-----|---|
| 本人の氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | 年 齡 | 歳 |
| 住所 | 〒 ー | | |
| 電話番号 | | | |

【親権者について】

※下記事項は必ず親権者ご本人がご記入ください。

| | | | |
|--------|-----|--|--|
| 親権者の氏名 | 印 | | |
| 続 柄 | | | |
| 住所 | 〒 ー | | |
| 電話番号 | | | |

以上