

未成年者用

記入日 令和 年 月 日

ダビデクリニック渋谷 御中

親権者同意書

私は、下記申込者が未成年のため、親権者（法定代理人）として貴院で申込者が施術を受ける事に同意いたします。

記

◇申込者

氏名	⑩		
住所	〒		
生年月日	年	月	日生（満歳）
電話番号		携帯電話	

以上

親権者氏名

⑩（続柄）

親権者住所

〒

親権者連絡先

親権者の欄につきましては、ご本人の直筆でお願い致します。

ご確認のため、ご連絡させていただく場合がございます。