

親権者同意書

私は (氏名) _____ が 浜口皮ふ科形成外科天王寺 にて
(施術名) _____ の施術を受けることに同意いたします。

施術を受ける本人(未成年)氏名 _____

生年月日 平成 年 月 日生 年齢 満 才 _____

住 所 _____

連絡先 _____

親権者氏名 _____

続柄 _____

住 所 _____

連絡先 _____

法定代理人(親権者)署名 _____

印 _____