

親権者（法定代理人）同意書

記入日 年 月 日

さかえクリニック 御中

ご契約者（患者）様の氏名 _____

ご契約者様の生年月日 _____ 年 月 日（ _____ 歳）

私は、上記契約者の親権者（他に共同親権者がいる場合には、私が共同親権者の代表者）として、契約者がさかえクリニックにおいて（施術名）_____の契約と施術を受けることに同意します。

親権者氏名 _____ ①

契約者との続柄 _____

親権者住所 _____

親権者電話番号 _____

※親権者様ご本人が署名・捺印してください

※記入内容について確認のお電話をする場合があります

※同意書に不備がある場合はカウンセリングを受けられませんのでご注意ください

※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません