

<<親権者同意書>>

ルーチェ東京美容クリニック池袋院 御中

私は、下記の申込者が未成年者であることから親権者として申込者の意思を尊重し、貴院における申込者の診療（診察・処置・処方・手術）に同意いたします。

診療内容（施術名）： _____

ふりがな					
申込者					
生年月日	西暦	年	月 日	年齢	歳
現住所	〒 _____				
電話番号					

20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者名： _____

(申込者との続柄： _____)

住所：〒 _____

電話番号： _____