

親権者同意書

年 月 日

あさひ美容外科()院御中

私は、申込者が貴院において下記の治療・処置を受ける事に同意します。

治療名:

申込者氏名				印			
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳
ご住所	〒						
電話番号	(市外局番)						

▼この欄は必ず法定代理人(親権者)ご本人様をご記入ください。

法定代理人氏名 (親権者)				印	続柄		
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳
ご住所	〒						
電話番号	(市外局番)						

記入例

親権者同意書

2022年01月01日

あさひ美容外科(大阪梅田院)御中

私は、申込者が貴院において下記の治療・処置を受ける事に同意します。

治療名: **二重まぶた** (わき汗、ほくろ除去などご希望をご記入ください。)

申込者氏名	あさひ 梅子			あさひ印			
生年月日	西暦	2004年	4月	14日	年齢	満	17歳
ご住所	〒530-0027 大阪市北区堂山町00-00						
電話番号	(市外局番 06) 0000-0000						

▼この欄は必ず法定代理人(親権者)ご本人様をご記入ください。

法定代理人氏名 (親権者)	あさひ 桜子			あさひ印		続柄	母
生年月日	西暦	1979年	8月	28日	年齢	満	43歳
ご住所	〒530-0027 大阪市北区堂山町00-00						
電話番号	(市外局番 06) 0000-0000						