

# 親権者同意書

申込者氏名（未成年者）： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（満 \_\_\_\_\_ 歳）

電話番号： \_\_\_\_\_

この度、(患者様氏名) \_\_\_\_\_ が、8 1 clinic にて

(施術名) \_\_\_\_\_ の施術を受けることに同意いたします。

同意日       ：       年       月       日

親権者氏名： \_\_\_\_\_ ⑩

続柄        ： \_\_\_\_\_

電話番号    ： \_\_\_\_\_

※親権者（法定代理人）ご本人様が、署名・捺印してください。

81clinic

〒564-0051 大阪府吹田市豊津町 9-15 日本興業ビル 9F

TEL 06-6170-7397