

湖西形成外科 宛

親権者同意者

私は、申込者の法定代理人(親権者)として、貴院での施術
_____を受ける事に同意します。

また、初回説明時に親権者の付き添いがない場合、
申込者本人のみへの説明での施術実施に同意します。

《契約申込者》

申込者

生年月日

年

月

日

年齢

歳

住所

〒

-

電話番号

《親権者》

法定代理人(親権者)

印

続柄

住所

〒

-

電話番号

※法定代理人(親権者)ご本人様が、必ずご記入・ご捺印ください。

※ご確認の為、ご連絡させて頂く場合がございます。