

記入日 年 月 日

## 親権者同意書

ARTE SKIN CLINIC 殿

私は、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記治療を受けることに同意します。

この欄は法定代理人（親権者）もしくは受診される方（未成年者）がご記入ください。

受診者名
生年月日
受診者住所
連絡先

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。

法定代理人名（親権者名）
受診者との関係（続柄）
法定代理人住所
同意年月日
施術代金 円 までの支払いに同意します。

※未成年の方は、来院時に同意書が必要になります。

※同意書をお忘れの場合、診察・施術を受けることができません。

※必ず法定代理人（親権者）様の直筆でご記入をお願いいたします。