

未成年者親権者同意書

私は、下記申込者が未成年であることから法定代理人として貴院での治療行為を一任の上、申込者が下記の施術を記載金額内で受けることに同意いたします。

施術名 :

施術代金 (税込み) : 円までのお支払いに同意いたします。

※ご希望の施術が上記金額を超えてしまった場合は、当日の施術はお受けいたしかねます。

申込者氏名 (未成年者本人)		
ご住所	〒 -	
生年月日	年 月 日 (満 歳)	
電話番号	自宅	携帯

親権者氏名	⑩	
続柄		
ご住所	〒 -	
生年月日	年 月 日 (満 歳)	
電話番号	自宅	携帯

※確認のためお電話を差し上げる可能性があります。

※捺印をお忘れなようお気を付けてください。

スタッフ記入欄	
◆電話連絡担当者	⑩
◆電話確認がとれた番号	自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/>