

# 親権同意書

施術名

施術代金

(税込)

までの支払いに同意します。

施術予定日

年

月

日

## ◆申込者記入欄

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

## ◆親権者(法定代理人)記入欄

親権者氏名 (法定代理人)		印
続柄		
ご住所	〒	
電話番号		

※親権者(法定代理人)ご本人様が、全ての欄をご記入・捺印下さい。

私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として、貴医院で施術を記載の金額で受けることに同意いたします。

## TDC 総合美容外科：美容皮膚科

恵比寿本院

営業時間：11:00～22:00

電話番号：03-6452-3830

〒150-0022

東京都渋谷区恵比寿南1丁目-21-17

Ebis M for Bldg

