

親権者同意書

私は、下記契約者（未成年者）が貴院で下記施術（美容医療）提供契約およびこれに付随するサービスに関する契約を締結することについて法定代理人親権者として同意します。

希望する治療	
--------	--

契約者は貴院との美容医療提供契約にあたり、下記の代金支払い方法を利用します。

（ 現金支払い ・ クレジットカード ・ 貴院提携のクレジット会社 ）

※18歳未満（高校生不可）または同意のない場合クレジット会社はご利用いただけません。

●契約者記入欄

契約者氏名（印）	印
生年月日（年齢）	西暦 年 月 日 （満 歳）
住所	
電話番号	

●親権者記入欄

契約者氏名（印）	印
お申込者との関係	
生年月日（年齢）	西暦 年 月 日 （満 歳）
住所	※異なる場合のみご記入ください。
電話番号	

※契約者が16歳未満の場合は親権者様の同席も必要となります。