

# 親権者(法廷代理人)同意書

茂澤メディカルクリニック美容皮膚科 御中

ご契約者様の氏名(患者様) 氏名 \_\_\_\_\_

ご契約者様の生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 歳)

私は、上記契約者の親権者(他に共同親権者がいる場合には、私が共同親権者の代表者)として、  
契約者が茂澤メディカルクリニック美容皮膚科において

施術: \_\_\_\_\_ の契約と施術を受けることに同意します。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親権者氏名 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_ ) ④

親権者住所 \_\_\_\_\_

親権者電話番号 \_\_\_\_\_

※親権者様ご本人が署名・捺印してください。

※記入内容確認のお電話をする場合があります。

※同意書に不備がある場合はカウンセリングを受けられませんので、ご注意ください。

※ご記入いただいた個人情報は、ご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用いたしません。