



HAIR & SKIN
CLINIC

ヘアアンドスキンクリニック 宛

記入日 西暦 年 月 日

未成年者親権者同意書

診察予定日 年 月 日

申込者氏名

生年月日 年 月 日 (満 歳)

住所 〒

連絡先

私は、貴院での診察を受けることに

上記未成年者の親権者(法定代理人)として同意し、署名いたします。

親権者氏名 続柄 ()

住所 〒

連絡先