

## 親権者同意書

DMTC 美容皮膚科 院長殿

記入年月日 年 月 日

※申込者が下記の施術(a)を受けることに同意致します。

ふりがな		
申込者	氏	名
生年月日	西暦 年 月 日	年齢 満 歳
住所	〒 —	
連絡先		

施術名(a)

※法定代理人ご本人様が記入、捺印して頂きますようお願い致します。

ふりがな		
法定代理人 (親権者等)	氏	名 <span style="float: right;">⑩</span>
申込者との関係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他( )	
住所	〒 —	
連絡先		