

法定代理人同意書

ON-CLINIC 殿

私は、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記の治療を受けることに同意します

施術名：

フリガナ お名前	
住所	〒
生年月日	
電話番号	

【法定代理人記入欄】

フリガナ お名前		本人との続柄：（ ）
住所	〒	
電話番号		

【注意事項】

同意書をお忘れの場合は、診察・カウンセリング・治療を受けることはできません

法定代理人記入欄は、必ず法定代理人ご本人様が記入してください。

法定代理人は、親権者もしくは未成年後見人の方でお願いします。

内容確認のため法定代理人の方へ確認のご連絡をさせて頂く場合があります。

記入日： 年 月 日