

# 親権者同意書

Apollon Clinic 御中

私は、申込者（未成年者）の親権者（法定代理人）として、申込者が下記の施術を受けることに同意し、署名いたします。

記入日：           年       月       日

施術名 \_\_\_\_\_

## 【申込者（未成年者）記入欄】

氏 名	
生 年 月 日	満 歳
住 所	〒
電 話 番 号	

## 【親権者（法定代理人）記入欄】 ※この欄は必ず親権者（法定代理人）の方がご記入ください。

氏 名	
申込者との関係	
住 所	〒
電 話 番 号	

診察・施術に際し、確認の為親権者の方にご連絡させて頂く場合がございますこと、あらかじめご了承ください。