

同意書

記入日令和 年 月 日

市川スキンクリニック殿

私は、下記の申込者が19歳以下であることから親権者として申込者の意思を尊重し、
法的代理人として、貴院に於いて申込者が診察及び

_____ の施術・治療を受けることに同意致します。

・ご希望の施術内容をご記入お願い致します。

申込者:住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印 _____

親権者:住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印 _____

※本書の記入については、申込者ご記入枠意外の全てを親権者（法的代理人）様をご記入下さい。

※本書のご持参がない場合は、カウンセリング、施術をお断りさせていただきます。

※捺印がない場合は、カウンセリング、施術をお断りさせていただきます