

いりなか駅前皮フ科ビューティークリニック 院長殿

親権者同意書

記入日 年 月 日

ご契約者様（お子様）氏名 _____

ご契約者の生年月日 _____ 年 月 日（ 歳）

私は、上記契約者の親権者として、契約者がいりなか駅前皮フ科ビューティークリニックにおいて、ピアス処置を受けることに同意します。

親権者氏名 _____（続柄： _____）

親権者住所 _____

親権者電話番号 _____

※当クリニックでは、未成年のお客様が親権者様の有無にかかわらずカウンセリング及び医療施術を受けられる際、本承諾書にて親権者様の同意を事前に頂いております。

※親権者様ご本人が署名をお願いします。

※記入内容確認のお電話をする場合があります。

※ご記入頂いた個人情報は、ご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません。