

# 親権者同意書

年 月 日

Kaleido Clinic 御中

私は、申込者が貴院において下記の施術を受けることに同意致します。

施術名： \_\_\_\_\_.

申込者氏名	_____	印
生年月日	_____年 月 日	年齢 満 歳
住所	_____.	
連絡先 ( 自宅・携帯 )	_____.	

○以下の欄は必ず法定代理人(親権者)ご本人様をご記入下さい。

法定代理人(親権者)氏名	_____	印
申込者との関係	_____.	
生年月日	_____年 月 日	年齢 満 歳
住所	_____.	
連絡先 ( 自宅・携帯 )	_____.	

※法定代理人 ( 親権者 ) 様の身分証明書のコピーを必ずご持参ください。

( 免許証、マイナンバーカード等 )

※場合によっては、電話確認をさせていただく可能性もございます。