

平成 年 月 日

## 親権者同意書

医療アートメイク専門 CLAIR 殿

私は、契約の申し込みにあたって、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記の施術を受けるにあたり、契約を締結することについて同意します。

記

施術内容 医療アートメイク施術

### ●契約申込者

申込者				⑩	
生年月日	年	月	日生	年齢	歳
住所	〒 -				
電話番号			携帯番号		

### ●同意者

法定代理人 (親権者)				⑩	続柄	
生年月日	年	月	日生	年齢	歳	
住所	〒 -					
電話番号			携帯番号			