

記入日 平成 年 月 日

大西皮フ科形成外科医院 宛

## 親権者同意書

私は、未成年者 \_\_\_\_\_ の親権者として、  
貴院で \_\_\_\_\_ の施術を受ける事に  
同意いたします。

親権者氏名	<input type="text"/> (印)
続柄	<input type="text"/>
ご住所	〒 <input type="text"/>
電話番号	自宅： 携帯： <input type="text"/>

※親権者様が全てご記入いただきご持参ください。