

記入日 年 月 日

Stars Clinic 院長 殿

## 親権者同意書

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治療を受けるにあたって、契約を締結することについて同意します。

記

## 治療内容

施術代金（税込） 円 までのお支払いに同意します。

申込者氏名 (未成年者)					
ご住所	〒				
生年月日	年	月	日生	年齢	歳
電話番号	自宅： 携帯：				

※私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院で上記の施術を記載の金額で受けることを同意いたします。

法定代理人 (親権者)	印				続柄	
生年月日	年	月	日生	年齢	歳	
ご住所	〒					
電話番号	自宅： 携帯：					

※親権者（法定代理人）ご本人様が、すべての欄をご記入・ご捺印ください。

※ご確認の為、ご連絡させて頂く場合があります。