

親権者（法定代理人）同意書

医療法人ジュエリメディカル
THE CLINIC NAGOYA 御中

私は、申込者の法定代理人として、契約者が貴院にて以下治療契約を締結することに同意いたします。

※親権者様（法定代理人）がご自身でご記入ください。

契約者の氏名	
契約者の生年月日	西暦 年 月 日（ 歳）
契約メニュー	アートメイク（ <input type="checkbox"/> 眉 <input type="checkbox"/> リップ <input type="checkbox"/> ヘアライン）
親権者氏名	（続柄： ） <input type="checkbox"/>
親権者住所	
親権者電話番号	
本同意書の記入日	西暦 年 月 日

※親権者様（法定代理人）がご自身でご記入・捺印してください。

※記入内容や契約内容の確認のため、お電話する場合がございます。

※同意書に不備がある場合はカウンセリングを受けられません。ご注意ください。

※ご記入いただ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。