**親権者同意書**

年　　月　　日

アンチエイジングデンタルクリニック恵比寿

私(法定代理人)　　　　　　　　　は、申込者　　　　　　　　　の

法定代理人として、貴院での申込者の下記施術に同意します。

施術名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法定代理人氏名(親権者) |  |  | 印 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 |  |
| 住所 | 〒 |  |  |
| 連絡先 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込者氏名 |  |  | 印 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 |  |
| 住所 | 〒 |  |  |
| 連絡先 |  |  |  |

