

親権者同意書

美容皮膚科ティファクリニック新宿東口 宛

申込者である _____ の親権者（法定代理人）として、私が同席しない場での診療・施術の説明であっても、自己の利益を十分に理解検討し、受診の必要性を判断できることを認めます。よって、

今回の相談内容である _____ について、申込者の判断で施術を受けることに同意します。

○親権者記入欄

記入日	年	月	日
親権者氏名	印	続柄	
住所	〒		
電話番号			

※確認の為、ご連絡させていただく場合がございます。