

平成 年 月 日

表参道ヘレネビューティークリニック 御中

## 親権者同意書

私は、申込者の親権者として、申込者が貴社での下記に関する治療を受ける事に同意します。

治療内容			
申込者氏名	ふりがな		
生年月日	西暦	年	月 日 歳

※下記は必ず親権者をご記入下さい。

親権者氏名	ふりがな		印
続柄			
住所	ふりがな		
	〒		
電話番号	( ) -		

### お願い

患者様が未成年のため、治療を実施するにあたり親権者の同意が必要になります。  
お手数ですが、上記に必要事項をご記入・ご捺印の上、治療当日にご持参頂きますよう宜しくお願い致します。  
あらかじめ治療内容、金額など当院のホームページでご確認をお願い致します。  
治療内容によって施術前に親権者に治療内容、金額などお電話する場合がございます。