

未成年者親権者承諾書

プレミールクリニック 御中

申込者氏名	⑩
住所	
連絡先	
生年月日	平成 年 月 日 (歳)

私は、上記未成年者の親権者として、プレミールクリニックにて、診察及び施術を受ける事を承諾し署名致します。

平成 年 月 日

親権者氏名	⑩ (申込者との関係)
住所	
連絡先	