

## 親権者同意書

私は、下記未成年者の親権者(法定代理人)として、  
貴院で下記の施術を受ける事に同意いたします。

ふりがな					
未成年者氏名					
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所	〒				
電話番号					

記入日 年 月 日

施術名

施術院 院

(施術を受ける銀座院か池袋院をご記入ください。)

親権者氏名 印 続柄

〒

住所

電話番号

※ 親権者(法定代理人)ご本人様が直筆でご記入・ご捺印ください。  
枠内は未成年者ご本人様が直筆でご記入ください。  
診察・施術に際し、確認の為、親権者の方にご連絡させて頂く場合がございます。  
日中につながりやすい電話番号をご記入ください。

銀座国際美容外科

銀座院 〒104-0061 東京都中央区銀座2-8-19 FPG links GINZA 4F  
TEL:03-5579-9333 FAX:03-5579-9444

池袋院 〒171-0022 東京都豊島区南池袋1-18-1 池袋三品ビル 7F  
TEL:03-5956-2793 FAX:03-5956-2794