

親権者同意書

この欄は受診される方ご本人がご記入ください。

受診者氏名	生年月日 20 年 月 日(歳)
受診者住所	

以下の欄は必ず親権者(法定代理人)ご本人様をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として、貴院での施術を受けることに同意いたします。	
親権者(法定代理人)氏名	⑩
続柄	
親権者住所	
親権者電話番号	自宅: 携帯電話:
記入年月日	20 年 月 日

ジョイアクリニック京都
〒604-8172 京都府京都市中京区三条上る
場之町599CUBEOIKE 3F
TEL:075-229-6388

形成外科・美容皮膚科・再生医療

Jóia
Tomoko Hayashi
Jóia Clinic Kyoto