

## 親権者(法定代理人)同意書

トゥルーデザインクリニック なんばマルイ医院 宛

ご契約者様の氏名 氏名 \_\_\_\_\_

ご契約者様の生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

私は上記契約者の親権者(法定代理人)として、契約者がトゥルーデザインクリニックにおいて  
施術の契約と施術を受けることに同意します。

この受診・施術に関して、緊急あるいは医学的に必要な処置等が生じた場合、貴院の指示に  
従います。

### ◆親権者記入欄

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親権者氏名 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_) ①

親権者住所 〒 \_\_\_\_\_

親権者電話番号 \_\_\_\_\_

(ご連絡可能な番号)

※親権者様ご本人が署名・捺印をしてください。

※記入内容確認のお電話をする場合がございます。

※同意書に不備があるときは、カウンセリングを受けられません。

※ご記入いただいた個人情報をご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません。