年　　月　　日

こでまりクリニック　御中

親権者（法定代理人）同意書

私は下記契約者（未成年者）が貴社との美容医療契約を締結するにあたり、民法第５条１項により、法定代理人親権者として同意いたします。

注）すべての項目を親権者（法定代理人）様ご自身で必ずご記入ください。

○親権者（法定代理人）

未成年者続柄　＿＿＿＿＿＿＿＿

親権者住所　〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

親権者電話番号　自宅＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿　携帯　＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

親権者氏名・捺印　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

親権者生年月日　　年　　月　　日

記

○契約者（未成年者）

未成年者住所　〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

未成年者電話番号　自宅＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿　携帯　＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

未成年者氏名・捺印　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

未成年者生年月日　　年　　月　　日

○親権者（法定代理人）特記事項

ある場合のみ、☑とともに必要事項をご記入ください。特に必要なければ記入不要です。

☐　私（親権者）は、施術名【＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿】・施術部位【＿＿＿＿＿＿＿＿】・回数【＿＿＿＿＿＿＿＿】に限り、契約の同意をします。

☐　私（親権者）は、美容医療について、合計【￥＿＿＿＿＿＿＿＿】までの契約に限り同意します。

☐　特記事項（自由記載）

【＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿】

以上