

# 親権者同意書

青山フェイ斯拉ボクリニック院長殿

年 月 日

私は、申込者の法定代理人（親権者）として青山フェイ斯拉ボクリニックにおいて診療契約を結ぶことに同意いたします。

治療・施術名：

申込者名		年齢	歳
生年月日	年 月 日	電話番号	( )
住所			

法定代理人氏名 (親権者)	①	年齢	歳
生年月日	年 月 日	電話番号	( )
住所			