

未成年者カウンセリング同意書

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フェイス美容外科 御中

私は _____ が下記のカウンセリングを受けることに親権者として同意し、署名致します。

ご相談内容： _____

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)
連絡先	

親権者氏名	
続柄	
ご住所	〒
連絡先	

※親権者様（法定代理人）ご本人が、すべての欄をご記入ください。