法定代理人同意書

記入日　平成　　年　　月　　日

ヘアライフ AGA クリニック殿

私は、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記治療を受けることに同意します。

・申込者記入欄

治療名：
氏名：
生年月日：　　年齢：
連絡先　電話番号： 携帯電話：

・法定代理人記入欄

氏名：　　㊞
生年月日：　　年齢：
申込者との続柄：
住所：
連絡先　電話番号： 携帯電話：

～注意事項～

※１　未成年（18 歳以上で高校生を除く）の方は、来院時にこの同意書が必要です。
同意書をお忘れの場合は、診察（カウンセリング）を受けることができません。
※２　法定代理人記入欄は、必ず法定代理人ご本人が記入してください。
※３　法定代理人は、親権者もしくは未成年後見人の方でお願いします。
※４　法定代理人の方へ確認のご連絡をさせて頂く場合がありますので、
連絡先欄には連絡可能な電話番号をご記入ください。