

親権者同意書

KM新宿クリニック院長殿

KM銀座クリニック院長殿

平成 年 月 日

私は、申込者の法定代理人（親権者）としてKM新宿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) | ⑩ | 年齢 | 歳 |
| 生年月日 | 年 月 日 | 電話番号 | () |
| 住所 | | | |

 KM新宿クリニック・KM銀座クリニック

美容皮膚科・形成外科