

親権者（法定代理人）同意書

ウィルビークリニック 御中

ご契約者様の氏名 氏名 _____

ご契約者の生年月日 _____ 年 月 日 (歳) _____

私は、上記契約者の親権者(他に共同親権者がいる場合には共同親権者の代表者)として、契約者がウィルビークリニックにおいて治療の契約と施術を受けることに同意します。

記入日 _____ 年 月 日 _____

親権者氏名 氏名 _____ (続柄: _____) 印 _____

親権者住所 _____

親権者電話番号 _____

※親権者様ご本人が署名・捺印してください。

※ご記入いただいた個人情報をご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません。