

記入日 年 月 日

リエートクリニック宛

親権者同意書

私、(親権者氏名)_____は、
この度(申込者氏名)_____が、下記契約・支払いすることに同意致します。

契約コース名	
契約金額	円

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 歳)
電話番号	

親権者氏名 _____ 印 _____

続柄 _____

ご住所 _____

電話番号 _____

※親権者(法定代理人)ご本人様が、すべての欄をご記入・ご捺印ください。