

# 未成年者カウンセリング同意書

記入日： 2021年 8月 16日

フェイス美容外科 御中

私は 仙台 花子 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： ふたえ

申込者氏名 (未成年者)	仙台 花子
ご住所	〒 980-0021 仙台市青葉区中央3-1-3
生年月日	西暦 2003 年 3 月 2 日 (満 18 歳)
連絡先	080 - 1234 - 5678

親権者氏名	仙台 母美
続柄	母
ご住所	〒 980-0021 仙台市青葉区中央3-1-3
連絡先	080 - 5678 - 1234

※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。