

年 月 日

株式会社ドクターフット 御中

親権者同意書

私は、下記契約者（未成年者）が貴社のサービスを利用するにあたり同意いたします。

【親権者について】

未成年者との続柄（ ）

住所： _____

氏名： _____ 印 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ 歳）

電話（ご自宅） _____ 電話（携帯） _____

【契約者（未成年者）】

住所： _____

氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ 歳）

☐ 本書の記入は、すべての項目を親権者が行ってください。

☐ 本書のご持参がない場合は、ご予約を頂きましても施術をお断りさせていただきます。