

平成 年 月 日

株式会社鹿児島カード 御中  
株式会社ジェーシービー 御中

### 親権者同意書

私は、下記申込人がJCB会員となることについて、JCB会員規約を承認の上、親権者として同意します。

#### 記

1. 申込 人  
お 名 前 \_\_\_\_\_

2. カード名称 鹿児島県医療従事者向けカード「Medicard」

3. 親 権 者

フリガナ		申込人 との続柄
親権者氏名 (自署)		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
ご住所	〒□□□-□□□□	
ご連絡先 (親権者様に日中連絡 のつく先)	○ご携帯 TEL( - - ) ○ご勤務先 TEL( - - ) ○ご自宅 TEL( - - )	