

親権者同意書

_____年 ____月 ____日

メアリクリニック 御中

私は、申込者の親権者として、申込者が下記治療を受けるにあたり、契約を締結することについて、親権者を代表して同意いたします。

記

治療名 : 医療レーザー脱毛

○契約申込者

申込者	印		
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住 所	〒 _____		
電話番号		携帯番号	

○法定代理人

法定代理人 (親権者)	印	続柄	
住 所	〒 _____		
電話番号		携帯番号	