

レーザー脱毛 親権者同意書

医療法人社団ひがしやまクリニック 御中

私は申込者の親権者（続柄 _____）として、申込者 _____ が

レーザー脱毛の施術を受けることに同意いたします。

同意書記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名（申込者本人自署）： _____

住所： _____

電話番号： _____

同意書記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名（親権者自署）： _____

住所： _____

電話番号： _____