

## 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： \_\_\_\_\_