

令和 年 月 日

医療法人 有美加
アール脱毛クリニック 殿

親権者同意書

私は、施術申込者の法的代理人として、貴院での申込者の下記施術に同意します。

記

施術名 _____

【施術を希望する本人について】

※親権者もしくは申込者（未成年者）どちらかがご記入ください。

本人の氏名	
生年月日	年 月 日 () 歳
住所	〒
電話番号	

【親権者について】

※下記事項は必ず親権者ご本人が記入ください。

親権者の氏名	
続柄	
住所	〒
電話番号	