

親権者様各位

＜親権者様の同意書について＞

当院では、未成年のお客様が親権者様のご同席なくカウンセリング及び医療レーザー脱毛を受けられる場合、本承諾書にて親権者様のご承諾を頂いております。

カウンセリング時、親権者様のご同席が難しい場合（別添する同意書・説明書をご確認いただき）下記承諾書にご署名、ご捺印の上、被親権者様にお渡し頂き、当院に必ずご持参するようお願いいたします。

未成年者契約承諾書

三島駅前消化器・肝臓内科クリニック 御中

ご契約者様お名前 ふりがな

氏名

ご契約者様生年月日 西暦 年 月 日 (才)

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として上記の未成年者が、三島駅前消化器・肝臓内科クリニックにおいて医療レーザー脱毛を受けることを承諾します。

親権者様（法定代理人）の住所・氏名（自署）

氏名 ⑤ 続柄 ()

(〒 _____) _____
住所 _____

TEL — — 携帶 — —