

親権者同意書

_____年 ____月 ____日

_____御中

私は、申込者の法定代理人として、申込者が下記の施術を受けることに同意します。

施術内容：医療レーザー脱毛

●申込者

申込者氏名				印	
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所	〒				
電話番号					

●法定代理人

法定代理人氏名				印	続柄	
生年月日	年	月	日	年齢	歳	
住所	〒					
電話番号						