

# 親権者同意書

\_\_\_\_\_年 月 日

ブランクリニック 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					