

# 親権者同意書

20 年 月 日

医療法人 かとう皮フ科 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						