未成年の施術に対する親権者の同意書

MEDICAL EPILATION CLINIC 御中

私＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、下記の未成年者である申込者が、
貴院において下記の施術を受けることに対し、申込者の法定代理人である親権者として同意いたします。

記入日：西暦　　年　　月　　日

申込者氏名	フリガナ		
生年月日	西暦　　年　　月　　日	年齢	満　　歳
住　　所	〒		
連絡先			
施術名	医療脱毛		

※親権者ご本人さまがご記入、押印していただきますようお願いいたします。

親権者氏名	フリガナ	押　印
申込者との関係	□ 父親　□ 母親　□ その他（　　）	
住　　所	〒	
連絡先		