

親権者同意書

_____年 _____月 _____日

きんさんクリニック御中

1. 私は、契約の申込みにあたって、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記施術を受けるにあたり、契約を締結することに同意します。
2. 医療脱毛・美容施術にはやけど等のリスクがあります。当院では考えられるリスクに対し、配慮し施術を行っておりますが、万一の肌トラブルに対応する為、カルテ用に写真撮影をすることに同意します。
3. 親権者様に確認の電話連絡をさせていただく場合がございます。

施術内容： 医療脱毛

(申込者)

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

(親権者)

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

親権者同意書

_____年 _____月 _____日

きんさんクリニック御中

3. 私は、契約の申込みにあたって、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記
施術を受けるにあたり、契約を締結することに同意します。
4. 医療脱毛・美容施術にはやけど等のリスクがあります。当院では考えられるリスク
に対し、配慮し施術を行っておりますが、万一の肌トラブルに対応する為、カルテ
用に写真撮影をすることに同意します。
3. 親権者様に確認の電話連絡をさせていただく場合がございます。

施術内容： 美容施術

(申込者)

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

(親権者)

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