

# 親権者同意書

IZUMIレディースクリニック 御中

20 年 月 日

私は、契約申込者の法定代理人として、私が同席しない場での診療・施術の説明であっても、十分に理解検討し契約申込者が受診の必要性を判断出来ることを認めます。  
よって、貴院での医療レーザー脱毛について、診療契約を締結することに同意承諾します。

## ●契約申込者

申込者	⑩		
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
住所	〒		
電話番号		携帯番号	

## ●親権者 この欄は必ず法定代理人(親権者)ご本人様をご記入下さい。

親権者	⑩		続柄	
生年月日	年 月 日生	年齢	歳	
住所	〒			
電話番号		携帯番号		

※ 確認のため、連絡させて頂く場合がございます。