



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對し、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			