

____年 ____月 ____日

エーレクリニック 御中

親権者同意書

私は、契約の申込にあたって、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記治療を受けるにあたって、契約を締結することについて同意します。

記

治療内容

医療脱毛

●契約申込者

氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒 -		
電話番号			

●同意者

氏名	印	続柄	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒 -		
電話番号			

※確認のためご連絡させていただく場合がございます。