

____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

申 込 者			
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
住 所	〒 -		
電 話 番 号			

●同意者

申 込 者	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。