

親権者（法定代理人）同意書

東京美容スキンクリニック 御中

ご契約者氏名（患者様ご本人）

ご契約者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

私は、上記契約者の親権者（他に共同親権者がいる場合には、私が共同親権者）として、上記契約者が東京美容スキンクリニックにおいて脱毛治療の契約と施術を受けることに同意します。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者氏名（自署） _____（続柄： _____）

親権者住所

親権者電話番号

※記載内容を確認するため、クリニックからお電話する場合がございます。

※親権者同意書に不備があった場合、ご契約ができません。