

親権者（法定代理人）同意書

エンジェルクリニック 御中

ご契約者様の氏名（患者様） 氏名

お契約者の生年月日 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、契約者がエンジェル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 氏名（続柄： ）^①

親権者住所

親権者電話番号

- * 親権者様ご本人が署名してください。
- * 記入内容を確認する為、お電話をする場合がございます。
- * 同意書に不備があった場合は、カウンセリング及び施術が受けられません。