

# 親権者同意書

年 月 日

金山駅前心臓と血管のクリニック金子医院 御中

私は、申込者の法定代理人として、申込者が下記の施術を受けることに同意します。

施術内容： 医療レーザー脱毛

・ 申込者

申込者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号			

・ 法定代理人

法定代理人			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号			