

保護者各位

<保護者の同意書について>

平素は、格別のご愛顧をいただき誠にありがとうございます。

当院では、未成年の方が保護者のご同席なく

カウンセリング及び医療レーザー脱毛を受けられる場合、
本承諾書にて保護者のご承諾を頂いております。

カウンセリング時、保護者のご同席が難しい場合、
下記承諾書にご署名、ご捺印の上、ご本人にお渡し頂き、
当院に必ずご持参するようお伝え願います。

未成年者契約承諾書

平山整形外科医院御中

ご契約者お名前 ふりがな _____

氏名 _____

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

私は、上記未成年者の保護者（法定代理人）として上記の未成年者が
平山整形外科医院において医療レーザー脱毛を受けることを承諾します。

記入日 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者（法定代理人）の住所・氏名（自署）

氏名 _____ ⑩ 続柄 (_____)

(〒 _____)
住所 _____

TEL _____ 携帯 _____

クリニック利用欄（記入は不要です）

受領日：

担当者：