

年 月 日

医療法人天真会
美容部門

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ことに同意します。

記

治療内容

(※ 脱毛治療には、やけど等のリスクの可能性があります。当院では考えられるリスクに対し配慮し治療をおこなっておりますが、万一の肌トラブルにつきましては適切にご対応いたします。)

●契約申込者

申込者	印		
生年月日	年 月 日生	年 齡	歳
住 所	〒		
電話番号		携帯番号	

●同意者

法定代理人 (親権者)	印	続 柄	
生年月日	年 月 日生	年 齡	歳
住 所	〒		
電話番号		携帯番号	

※未成年の方が施術を受ける場合、法定代理人（親権者）には電話確認を行う場合があります。

※初診時に親権者同意書および、親権者の身分証明書のコピー（免許書など）をご持参ください。