【 親権者（法定代理人）同意書 】

医療法人社団 Medsurf
柳瀬川ファミリークリニック　御中

ご契約者様の氏名（子どもの名前）
（　　）
ご契約者の生年月日
（　　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、私が共同親権者の代表者）として、契約者が医療法人社団 Medsurf 柳瀬川ファミリー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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

親権者氏名　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）　印

親権者住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

親権者電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※親権者様ご本人が署名・捺印してください。
※記入内容確認のお電話をする場合があります。
※同意書に不備があるときは施術を受けられませんのでご注意ください。
※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみ使用し、他の目的には使用しません。