

親権者同意書

記入日 年 月 日

リナクリニック 御中

私は、申込者の法定代理人として、申込者が貴院で下記の治療を受けるにあたり、契約を締結することに同意いたします。

記

治療内容：医療脱毛

●契約申込者

申込者氏名	フリガナ -----	印
生年月日	西暦 年 月 日	年齢 歳
住所	〒	
電話番号		

●法定代理人

法定代理人 (親権者)	フリガナ -----	印	続柄
住所	〒		
電話番号			