

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

ひろ耳鼻科皮膚科形成外科院長殿

### 親権者同意書

私は、契約の申し込みにあたって、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が  
下記診療を受けるにあたり、契約を締結することに同意します。

#### 記

治療内容 \_\_\_\_ 医療レーザー脱毛・医療用ピアッシング・ホクロ除去・  
その他（ \_\_\_\_ ）

（\*治療にあたり考えられるリスクについて配慮し施術を行っていますが、万一の肌トラ  
ブルにつきまして適切に対応いたします）

○契約申込者

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 生（ \_\_\_\_ 歳）

住所（〒 \_\_\_\_\_）

TEL・携帯 \_\_\_\_\_

○同意者（親権者・法定代理人）

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 生（ \_\_\_\_ 歳）続柄（ \_\_\_\_ ）

住所（〒 \_\_\_\_\_）

TEL・携帯 \_\_\_\_\_