

(西暦) 年 月 日

未成年者同意書

医療脱毛専門クリニック ドクター脱毛 御中

申込者である_____の親権者（法定代理人）として、私が同席しない場での診療・施術の説明であっても、十分に理解し自己の利益の判断をできると認めます。

よって、今回の相談内容である_____について、医療脱毛専門クリニック ドクター脱毛と診療契約・支払い契約を結ぶことに同意します。

申込者：住所

氏名 ①

生年月日 年 月 日（ 歳）

親権者：住所

連絡先（TEL）

氏名 ①

続柄（ ）

医療脱毛専門クリニック ドクター脱毛