

親権者同意書

年 月 日

シヨコラウイメンズクリニック 御中

私は、申込者が貴院において下記の施術を受けることに同意致します。

施術名： 医療脱毛 (VIO ワキ) チェックボックスに✓をつけてください。

申込者氏名	印					
生年月日	年	月	日	年齢	満	歳
住所	.					
連絡先 (自宅・携帯)	.					

○以下の欄は必ず法定代理人(親権者)ご本人様をご記入下さい。

法定代理人(親権者)氏名	印					
申込者との関係	.					
生年月日	年	月	日	年齢	満	歳
住所	.					
連絡先 (自宅・携帯)	.					

※法定代理人 (親権者) 様の身分証明書のコピーを必ずご持参ください。

(免許証、マイナンバーカード、保険証等)

※場合によっては、電話確認をさせていただく可能性もございます。