未成年者　親権者同意書

平成　　年　　月　　日

MBクリニック麻布十番　御中

私は、申込者が、貴院において下記の治療・処置を受ける事に同意します。

治療名　当てはまるものに〇をつけてください

医療レーザー脱毛・CO2 レーザー・Q スイッチルビーレーザー・ピーリング

その他：

申込者

氏名	
生年月日	平成　　年　　月　　日　　年齢：　　歳
住所	〒
連絡先(TEL)	（　　）

法定代理人

※必ず親権者ご本人の「自署」及び「捺印」が必要になります。

氏名	印
生年月日	平成　　年　　月　　日　　年齢：　　歳
住所 （申込者連絡先と同じ場合は不要）	〒
連絡先(TEL)	（　　）
申込未成年者との続柄	