

## 未成年者 親権者同意書

西暦 年 月 日

Mast Beauty Clinic 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○をつけてください

医療レーザー脱毛・ピコレーザー・HIFU・ダーマペン・ポテンツァ・ケミカルピーリング

その他：

### 申込者

氏名	
生年月日	西暦 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	西暦 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	