

親権者同意書

私は、契約の申込にあたって、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記治療を受けるにあたって、契約を締結することについて同意します。

記

治療内容 女性脱毛

(※脱毛治療には、やけど等のリスクを伴います。当院では考えられるリスクを考慮し治療をおこなっておりますが、万一肌トラブルが起きた際は適切に対応いたします。)

●契約申込者

申込者	㊟		
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
住所	〒 -		
電話番号		携帯番号	

●同意者

ふりがな 法定代理人 (親権者)	㊟		続柄	
生年月日	年 月 日生	年齢	歳	
住所	〒 -			
電話番号		携帯番号		

※ ご確認のため、ご連絡する場合があります。

申込者は、貴院との診療契約（脱毛治療）にあたり治療代金の支払を貴院と提携契約している医療ローンを、（利用します。・ 利用しません。）

私（上記法定代理人）は、申込者と貴院との診療契約（脱毛治療）にあたり、申込者が貴院と提携契約している医療ローンを利用（申込及び契約）することに、（同意します。・ 同意しません。）

親権者同意書

私は、契約の申込にあたって、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記治療を受けるにあたって、契約を締結することについて同意します。

記

治療内容 女性脱毛

(※脱毛治療には、やけど等のリスクを伴います。当院では考えられるリスクを考慮し治療をおこなっておりますが、万一肌トラブルが起きた際は適切に対応いたします。)

●契約申込者

捺印が必要です

申込者	自分 クリ美				
生年月日	20××年	7月	28日生	年齢	18歳
住所	〒123-4567 東京都中央区銀座0-0-0				
電話番号	03-123-4567	携帯番号	090-1234-5678		

●同意者

ふりがな 法定代理人 (親権者)	じぶん クリ子	捺印が必要です 		続柄	母
生年月日	19××年	5月	28日生	年齢	40歳
住所	〒123-4567 東京都中央区銀座0-0-0				
電話番号	03-123-4567	携帯番号	090-9876-5432		

※ ご確認のため、ご連絡する場合があります。

申込者は、貴院との診療契約（脱毛治療）にあたり治療代金の支払を貴院と提携契約している医療ローンを、利用します。・利用しません。

契約申込者がいずれかにチェック✓

私（上記法定代理人）は、申込者と貴院との診療契約（脱毛治療）にあたり、申込者が貴院と提携契約している医療ローンを利用（申込及び契約）することに、同意します。・同意しません。

同意者がいずれかにチェック✓