

親権者同意書

リブ再生クリニック 宛

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、

自己の利益を十分に理解検討し、受診の必要性を判断できることを認めます。

よって、今回の相談内容である医療レーザー脱毛について、

申込者の判断で診療契約を取り交わすことに同意します。

■親権者記入欄

記入日	年 月 日		
親権者氏名	Ⓜ	続柄	
住所	〒		
電話番号			

※確認の為、連絡させて頂く場合がございます。