

# 親権者（法定代理人）同意書

すずき内科 御中

ご契約者様の氏名

氏名

ご契約者様生年月日

年

月

日

( 歳)

私は、上記契約者の親権者（他に共同親権者がいる場合は、私が共同親権者の代表者）として、契約者がすずき内科にて脱毛治療の契約と施術を受けることに同意します。

記入日

年

月

日

親権者氏名

氏名

印

(続柄: )

親権者住所

親権者電話番号

※ 親権者様ご本人が署名・捺印して下さい

※ 記入内容の確認のお電話をする場合があります

※ 同意書に不備のある場合はカウンセリングをうけられませんのでご注意下さい