

親権者同意書

クリニック0+（ゼロプラス）宛

私は、契約申込者（未成年者）の法定代理人として、契約申込者（未成年者）がクリニック0+（ゼロプラス）との間で、下記治療を受けるための契約を締結することについて同意します。

記

契約申込者（未成年者）

氏名	
生年月日	年 月 日（満 歳）
住所	
連絡先電話番号	
施術	<input type="checkbox"/> 医療脱毛 <input type="checkbox"/> ダーマペン

法定代理人

記入日	年 月 日
氏名	
契約申込者との続柄	
生年月日	年 月 日（満 歳）
住所	
連絡先電話番号	

以上