

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