親権者同意書

ひまわり会クリニック宛

私（親権者）は未成年者（被施術者）の保護者として貴院において下記の施術を受けることに同意します。

【被施術者】

施術名	医療脱毛　ケミカルピーリング　フォトフェイシャル ダーマペン　ボトックス　CO2 レーザー（ほくろ・いぼ） 美肌レーザー　ハイフ　エレクトロポレーション ハイドラジェントル　その他（　　）
生年月日	年　月　日（　歳）
氏名	

【同意者・親権者】

同意年月日	年　月　日
親権者氏名	氏名：　印（続柄：　）
親権者住所	〒
連絡先	―　―

以上