

(西暦) 年 月 日

未成年者同意書

医療法人晃奈会よしかわ皮フ科 御中

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、十分に理解し自己の利益の判断をできると認めます。

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、貴院と診療契約・支払い契約を結ぶことに同意します。

申込者 住所

氏名 印

生年月日

親権者 住所

連絡先(TEL)

氏名 印

続柄 ()