

親権者同意書

札幌さくらビューティークリニック 札幌駅前院 御中

私の_____である、_____が
札幌さくらビューティークリニック 札幌駅前院 において
診療・施術の説明について十分に理解し自己の利益の判断が出来ると認め
脂肪冷却医療痩身治療を受けることに同意致します。

記入日 20____年____月____日

住所_____

親権者_____⑩

※この書類は必ず法定代理人(親権者)ご本人様をご記入下さい。

札幌さくらビューティークリニック 札幌駅前院
札幌市中央区北4条西5丁目 アスティ 45ビル3F
TEL : 011-232-3939