

親権者同意書

札幌さくらビューティークリニック 大通本院 御中

私の_____である、_____が
札幌さくらビューティークリニック 大通本院 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医療
レーザー脱毛治療を受けることに同意致します。

平成_____年_____月_____日

住所_____

親権者_____ (印)

※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 大通本院
札幌市中央区南3条西3丁目 8-1 エテルノビル3F・8F
TEL : 011-241-3232