

# 親権者同意書

さくらビューティークリニック 大分院 御中

私の\_\_\_\_\_である、\_\_\_\_\_が  
さくらビューティークリニック 大分院 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。

西暦\_\_\_\_\_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。

さくらビューティークリニック 大分院

大分県大分市中央町1丁目4番2号オフィスニューガイアTIC大分3階

TEL : 097-573-7071