

親権者同意書

さくらビューティークリニック 鹿児島院 御中

私の_____である、_____が
さくらビューティークリニック 鹿児島院 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 鹿児島院

鹿児島県鹿児島市山下町 9-25 H&Sビル5階(受付)/6階 (診療室)

TEL : 099-813-7339