

## 未成年者同意書（脱毛）

医療法人社団 孝昭クリニック 御中

私は、親権者として、（患者様氏名） \_\_\_\_\_ が、貴院にて  
平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ を受けることに  
同意致します。

剃毛代を含める脱毛部位追加の契約に限り 2 年間有効とします。

（同意書記載日）平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親権者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

続柄 （ \_\_\_\_\_ ）

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

.....  
親権者の方へのお願い

- ※必ず親権者の直筆でご記入ください
- ※印鑑はシャチハタ以外のものをご使用ください
- ※用紙はこの用紙でなくても結構です