

# 未成年者同意書（脱毛）

医療法人社団順暁会 KOSHO 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  
西暦 \_\_\_\_\_ 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）西暦 \_\_\_\_\_ 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