

医療脱毛に関する親権者同意書

未成年者用

記入日； 年 月 日

立花内科産婦人科医院 御中

私は下記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院での診察・カウンセリング内容・
施術内容・リスク等を十分に理解した上で施術を受ける事を同意いたします。

患者本人(未成年者)

氏名： _____

生年月日：(西暦) 年 月 日 年齢： _____ 歳

住所： _____

親権者（法定代理人）

氏名： _____ 続柄： _____

生年月日：(西暦) 年 月 日 年齢： _____ 歳

住所： _____

ご連絡先：TEL _____

※確認のためにご連絡を差し上げる場合がございます。