

エースクリニック御中

親権者同意書

私は申込者の法定代理人（親権者）としてエースクリニックにて希望する手術/治療を受ける事に同意致します。

術中、術後に対しては医師及び看護師の処置指示に従うことを同意いたします。

申込者			
生年月日	年 月 日生	年齢	
住所			
連絡先			
施術名	脱毛		

親権者	印	
続柄		
住所		
連絡先		