

年 月 日

HELLATH CLINIC 院長 殿

親権者同意書

申込者の親権者（法定代理人）として、私が同席しない場での診療・施術の説明であっても、自己の利益を十分に理解検討し、受診の必要性を判断できることを認めますので、今回の相談内容である医療レーザー脱毛について、申込者の判断で診療契約を取り交わすことに同意します。

● 契約申込者

申込者			
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
住所	〒		
電話番号		携帯番号	

● 同意者

法定代理人 (親権者)	印	続柄	
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
住所	〒		
電話番号		携帯番号	

※ご確認のため、ご連絡をさせていただく場合があります。

申込者は、貴院との診療契約にあたり、治療代金の支払いを貴院と提携契約しているクレジット会社を（利用します 利用しません）

私（上記法定代理人）は、申込者と貴院との診療契約にあたり、申込者が貴院と提携契約しているクレジット会社を利用（申し込み及び契約）することに（同意します 同意しません）