

20 歳未満の方でレーザー脱毛治療をご希望される方は、保護者の承諾が必要になります。

同意書

札幌中央クリニック 殿

(治療を受ける方のご氏名)

_____ が

(手術・治療名)

_____ レーザー脱毛施術 _____ を

中央クリニックで受けることに同意いたします。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

保護者氏名 _____ (印)

治療を受ける方との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____