**保護者同意書（医療脱毛）**

ひろみ皮フ科クリニック御中

私＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、申込者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の親権者（法定代理人）として、申込者が医師から受ける説明を十分に理解・判断する能力があることを認め、申込者の意思を尊重し、貴院において私の同席なしに医療脱毛の施術を受けることに同意します。

以下 親権者直筆記入欄

住所

電話番号

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞