FACE SKIN CLINIC
院長　殿

親権者同意書

私は、親権を有する（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が、

貴院において、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の施術を受けることに同意します。

つきましては、上記施術の後、本人が未成年であることを理由として、当該治療契約を取り消すことはありません。また、本人が施術されたことについて、一切の異議申し立てをすることはありません。

令和　　年　　月　　日

親権者　著名　　印

(続柄　　)

住所

電話番号