

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

大宮中央クリニック 殿

(治療を受ける方のご氏名)

\_\_\_\_\_ が

(手術・治療名)

\_\_\_\_\_ 医療レーザー脱毛 \_\_\_\_\_ を

大宮中央クリニックで受けることに同意いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

治療を受ける方との続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_