

# 法定代理人同意書

H 年 月 日

私は、申込者の法定代理人として、申込者が下記の施術を受けることに同意します。

施術内容（以下から希望する施術を選び、○を付けてください）

医療レーザー脱毛・ホクロ除去・イボ除去・ポトックス・美容注射・美容点滴・HIFU

## ●申込者（ご本人）

申込者 氏名				印
生年月日	年 月 日	年齢		歳
住所	〒			
電話番号				

## ●法定代理人(親権者・保護者の方)

法定代理人 氏名				印
続柄				
生年月日	年 月 日	年齢		歳
住所	〒			
電話番号				