

# 親権者同意書

医療法人結愛会うらたクリニック宛

申込者の親権者（法定代理人）として、  
私が同席しない場での診療・施術の説明であっても、  
自己の利益を十分に理解検討し、受診の必要性を判断できることを認めます。

よって、今回の相談内容である医療レーザー脱毛について、  
申込者の判断で診療契約を取り交わすことに同意します。

## ●親権者（法定代理人）記入欄

記入日	年	月	日
申込者（未成年者）氏名			
親権者（法定代理人）氏名	⑩		
申込者（未成年者）との続柄			
住所			
電話番号			

※確認の為、ご連絡させて頂く場合がございます。