

保護者同意書

この度、保護者 _____ (保護者氏名) は、

_____ (未成年者氏名) の脱毛施術実施に同意いたします。

脱毛施術に伴う合併症・副作用の内容、貴院の方針を十分に理解致しました。

_____ 年 月 日

保護者氏名 _____ (保護者自署)

保護者連絡先 _____