

親権者同意書

_____年 月 日

GLOW clinic 御中

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 : 医療レーザー脱毛

【申込者】

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】

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