# 親権者同意書

医療法人ハンス　ハンス美容クリニック御中

この度、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（保護者氏名）は、

ハンス美容クリニックにおいて

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（本人氏名）が

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（治療・施術名）を受けることに

承諾し依頼します。

つきましてはハンス美容クリニックとの診療契約の取り消しや、施術されたことに対する一切の異議申し立てを行いません。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞（続柄）＿＿＿＿

保護者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※治療前に確認のためご連絡させていただく場合がございます。