

親権者同意書

恵比寿ブライトスキンクリニック 御中

私の子である甲は、親権者である乙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子の判断で診療契約を取り交わすことに、法定代理人親権者として民法第5条1項により同意・承諾いたします。

同意日： 年 月 日

(甲)

氏名：

生年月日： 年 月 日生

住所：

(乙)

住所：

氏名：

印

当該未成年者との続柄（ ）