

# 親権者同意書

私は申込者の法定代理人(親権者)としてQuEsque Skin Clinicにて希望する治療を受ける事に同意いたします。

治療に対しては医師及び看護師の処置指示に従うことを同意いたします。

申込者			
生年月日	年 月 日生	年齢	
住所			
連絡先			
施術名			

親権者	印	
続柄		
住所		
連絡先		