

医療脱毛に関する同意書

18歳未満で医療脱毛を希望される方は、原則として保護者の同伴が必要です。

※中学生の方は必ず保護者の同伴が必要です

やむを得ず同伴できない場合は、こちらの同意書に「保護者様直筆」にてご署名の上、ご持参ご来院ください。

私は

この文書を持参する者(実施者)の保護者として医療脱毛をすることに同意します。

保護者氏名（ご署名）： _____

保護者住所： _____

保護者連絡先（お電話）： _____

実施者氏名： _____

実施者生年月日： _____

この書類は、18歳未満の方が医療脱毛を実施する際に、保護者の方が同伴されない場合に必要となるものです（中学生の方は必ず保護者の同伴が必要です）。

18歳未満の方が一人で医療脱毛を実施する際は、必ず当書類が必要です。

保護者様のご署名がない場合、医療脱毛は実施できません。

何卒よろしくお願い申し上げます。

世田谷区赤堤 5-30-15 しもたかいどメディカルタウン 3F

03(3321)4112

しもたか皮フ科 院長 木下綾子