

同意書

私は、医師の説明を理解し治療の内容について確認しましたので、レーザー脱毛治療を受けることに同意いたします。

令和 年 月 日

住所

自筆サイン

保護者（脱毛を受ける方が未成年者（20才未満）である場合）

住所

保護者サイン
