カルテ No.

法定代理人同意書

医療法人社団 十二会 宛

私は、契約者の法定代理人として、契約者がゴリラクリニックと契約を締結し、施術を受けることに同意いたします。

●法定代理人記入欄

記入日	年　　月　　日
契約内容	□ ヒゲ脱毛　□ 身体脱毛　□ 身だしなみ脱毛 □ その他（　　）
契約者氏名	
法定代理人氏名	㊞
契約者との続柄	
住所	
電話番号 （緊急時連絡先）	

※緊急時及び確認のため、ご連絡させていただく場合がございます。ご連絡が一番とれる電話番号を　ご記入ください。
※本契約に対して、契約者本人から当院宛に書面または電子メールにより契約解除（クーリング・オフ）の通知があった場合、
　契約者が契約解除の通知を発信した時点でその効力が生じるため、法定代理人の同意を得たものとして、当院は速やかにこれを受理します。