

親権者（法定代理人）同意書

RAX Medical Esthetic 御中

私は、契約者\_\_\_\_\_の親権者（法定代理人）として、RAX Medical Esthetic  
と取り交わす契約及び施術について同意します。

商 品 名 \_\_\_\_\_

金 額 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

親権者（法定代理人）

住所

氏名 ①

※ご不明点等ございましたら 03-6805-0906 迄ご連絡下さい。  
(11 : 00 ~ 20 : 00 迄)