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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

親権者（法定代理人）

住所

氏名　　㊞