**保護者同意書（IPL光治療）**

ひろみ皮フ科クリニック御中

私＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、申込者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の親権者（法定代理人）として、申込者が医師から受ける説明を十分に理解・判断する能力があることを認め、申込者の意思を尊重し、貴院において私の同席なしにIPL光治療の施術を受けることに同意します。

以下 親権者直筆記入欄

住所

電話番号

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞