

親権者同意書

あや皮フ科クリニック御中

未成年契約者氏名（患者ご本人）：

未成年契約者の生年月日： 年 月 日

私は上記契約者の親権者として、下記の診療・施術の説明について十分に理解し、自己の利益とリスクに関する判断が可能であることを認め、契約者があや皮フ科クリニックとの合意の上、診療・施術を受けることに同意いたします。また契約者が診療・施術に関わる費用の支払をすることを親権者として同意いたします。施術中および施術後に予期せぬ経過・追加治療が必要な事態が生じた場合は、貴院の方針に協力することに同意いたします。

- ピアス（高校生以上の方） 炭酸ガスレーザー治療（いぼ・ほくろ） フォトフェイシャル
ピーリング（サリチル酸マクロゴール） ビタミントリートメント（イオン導入）
ボトックス治療 ピコレーザー イソトレチノイン内服
その他（内容： ）

記入日：令和 年 月 日

親権者氏名： 続柄（ ） ④

親権者住所：

親権者電話番号： * 日中に連絡が可能な電話番号を必ずご記入ください

※下二重線部は必ず親権者ご本人が署名・捺印してください。

※クリニックより記入内容確認のお電話をさせて頂くことがあります。

※同意書に不備がある場合は、契約・施術が出来ませんのでご注意ください。

※ご記入いただいた個人情報をご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません。