

親権者同意書

まえた皮ふ科・形成外科 御中

ご契約者氏名（患者ご本人）： _____ 印

ご契約者の生年月日： 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、上記契約者の親権者（他に共同親権者がいる場合には、私が共同親権者の代表者）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、契約者がまえた皮ふ科・形成外科との同意の上、診療・施術に 関わる費用の支払をすることを同意します。

レーザー脱毛 ピーリング フォトフェイシャル ピアスダーマペン

点滴・注射 ジェネオX

目元の手術（二重・眼瞼下垂・瞼のたるみ取り・目尻・目頭切開）

注入系の注射（ヒアルロン酸）

ボトックス治療

アートメイク

その他（内容： _____)

記入日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者氏名： _____ 続柄（ _____ ） ⑩

親権者住所： _____

親権者電話番号： _____

* 日中ご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は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。

まえた皮ふ科・形成外科