

未成年者の方の診療および施術に関する親権者同意書

- ① 私は下記の申込者が未成年であることから、親権者として貴院において診察・施術を受けることに同意いたします。
- ② 施術に関して緊急、あるいは医学的に必要な処置が生じた場合、貴院の指示にしたがいます。
- ③ 診察時には同伴し、もし自己都合により同伴しない場合には後に施術内容や費用等において異議申し立ては致しません。また、すでに行った施術代および診察代の払い戻し等も請求いたしません。
- ④ 施術内容に関しては、申込者本人と情報の共有に努め、基本的には電話・電子メール・FAX などによる連絡や説明の要求は致しません。

記入日 年 月 日

申込者氏名： _____

住所： _____

※必ず申込者ご本人が自署してください。

親権者氏名： _____ 続柄： _____ 印

住所： _____

連絡先(電話番号)： _____ - _____ - _____

※必ず親権者ご本人が自署してください。

診察・施術に際し、確認のため親権者の方にご連絡させていただくことがございますので、あらかじめご了承ください。(日中つながりやすい電話番号をご記入お願いいたします。)

おおたかの森ビューティークリニック