

保護者・親権者同意書

施術名:

今回の施術にあたり、ご本人及びご家族で検討が十分になされているものとして当院は治療にあたります。治療後のご本人及びご家族の意思の相違に関しては対応できかねます。

【申込者】※必ず申込者ご本人が自署してください。

____年 ____月 ____日

氏名 _____

現住所 _____

電話番号 _____

【親権者】※必ず親権者ご本人が自署してください。

私は、申込者の親権者(続柄: _____)として申込者が下記の施術を貴院にて行うことに同意します。

____年 ____月 ____日

氏名 _____ (続柄: _____)

現住所 _____

電話番号 _____

MY BEAUTY CLINIC
東京都中央区銀座 7 丁目 4-15RBM 銀座4F
03-6228-5707

院長 近藤 紀子
担当医 _____