

## 未成年治療・施術同意書

施術名： \_\_\_\_\_

施術予定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご契約者様（未成年者）氏名： \_\_\_\_\_

ご契約者様（未成年者）生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳）

ご契約者様（未成年者）住所： \_\_\_\_\_

ご契約者様（未成年者）の電話番号： \_\_\_\_\_

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、契約者が当院において美容医療（ケミカルピーリング、レーザー治療など）の契約と施術を受けることに同意します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親権者氏名： \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_） ㊞

親権者住所： \_\_\_\_\_

親権者電話番号： \_\_\_\_\_

※親権者様記入欄には必ず親権者様が署名・捺印してください。

※同意書に不備があるときはカウンセリング、施術を受けられ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。

二子玉川皮ふ科