

未成年者治療同意書

BEAUTE SKIN CLINIC 殿

わたしは、下記の申込者が未成年であることから親権者として申込者の意思を尊重し、
法的代理人として、貴院に於いて申込者が診療及び

施術・治療を受けることに同意致します。

○ ご希望の施術内容をご記入下さい。

同意書記入日 令和 年 月 日

申込者 〒

住 所 :

電話番号 :

氏 名 :

㊞

親権者 〒

住 所 :

電話番号 :

氏 名 :

㊞

※本書の記入については、申込者ご記入枠以外の全てを親権者(法定代理人)様をご記入下さい。

※本書のご持参が無い場合は、カウンセリング、施術をお断りさせていただきます。

※捺印がない場合は、カウンセリング、施術をお断りさせていただきます。