

親権者同意書

くみこクリニック京都駅前院 御中

ご契約者氏名（患者ご本人）：

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、契約者がくみこクリニック京都駅前院との同意の上、診療・施術に関わる費用の支払をすることを同意します。

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> レーザー脱毛 | <input type="checkbox"/> ピーリング | <input type="checkbox"/> フォトフェイシャル |
| <input type="checkbox"/> 巻き爪治療 | <input type="checkbox"/> ピアス | <input type="checkbox"/> 炭酸ガスレーザー治療（いぼ・ほくろ） |
| <input type="checkbox"/> ボトックス治療 | <input type="checkbox"/> ふたえ手術 | <input type="checkbox"/> 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を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。