

親権者同意書

ビクアスクリニック御中

- ① この度の施術に関して、緊急または医学的に必要な処置等が生じた場合、貴院の指示に従います。
- ② カウンセリングのみ親権者同伴をお願いしておりますが、もし自己都合により、後から施術内容・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致しません。
- ③ 施術内容に関しては、申込者本人と情報共有するように努め、電話・電子メール・FAXその他の手段による連絡や施術内容の説明などの要求は致しません。

この度は、(申込者氏名) _____ が、下記の施術を受けることに同意致します。

施術名： _____

申込者氏名				印			
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳
住 所							
連 絡 先							

親権者氏名				印			
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	満	歳
住 所							
連 絡 先							

親権者の方へ

申込者様が未成年でいらっしゃる為、施術を行うにあたり親権者の方の同意が必要となります。お手数ですが必要事項をご記入ご捺印の上お持ちくださいますよう、よろしくお願い致します。親権者様に確認の為ご連絡させていただく場合がございますのでご了承くださいませ。ご記入の際は必ず親権者様の直筆でお願い致します。