

親権者等同意書（未成年者の美容医療施術について）

私は、下記の未成年本人がShea clinic sendaiにおいて、美容医療（診察・施術・処方）を受けることについて説明を受け、親権者・保護者・または配偶者として、内容を理解・納得の上で同意いたします。

本施術は、美容を目的とした自由診療であること、また施術内容によっては、効果に個人差があることや、一定のリスク・合併症・後戻りが生じ得ることについても理解しております。

なお、18歳以上の方は法律上は成人となりますが、当院の方針として、18歳・19歳の方につきましても親権者等の同意をお願いしております。

申込者情報 記入日 年 月 日

ふりがな			
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 無回答
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
現住所	〒		
電話番号			
施術名			

親権者等記入欄

※親権者等ご本人による自署を持ってご記入ください。
代筆は認められません。

ふりがな			
親権者氏名			
申込者との続柄			
現住所 お申込者ご住所と異なる場合はご記入ください	〒		
電話番号			