

未成年の方の診療および施術に関する親権者同意書

記入日 年 月 日

施術内容

| | |
|------------|---------------------|
| 施術名： | 金額：(税込) 円まで |
| 施術日： 年 月 日 | 施術場所：ツキミ形成外科美容クリニック |

※ご希望の施術が上記の同意された施術代金を超えてしまった場合、当日の施術はお受けしかねます。

※保険治療の場合は診察/治療は定められた診療報酬を請求致します。

申込者 (必ず申込者本人が自署してください)

- ・申込者は、貴院において診察、治療/施術を受けるにあたり、説明文書を確認の上、治療/施術のリスク、副作用や合併症を含め自己の利益、不利益を十分に理解し、診察、治療/施術を受けることに同意します。

| | |
|------------|------|
| 氏名 | |
| 生年月日 年 月 日 | 年齢 歳 |
| 住所 〒 | |
| 電話番号 | 携帯番号 |

親権者 (必ず親権者本人が自署してください)

- ・親権者は、申込者が貴院との間で契約を締結することに同意します。また、親権者は、申込者が貴院において診察、治療/施術を受けるにあたり、説明文書を確認の上、治療/施術のリスク、副作用や合併症を含め自己の利益、不利益を十分に理解し、申込者が診察、治療/施術を受けることに同意します。
- ・私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、上記の施術を記載金額で受けることに同意します。

| | | |
|------------|------|------|
| 氏名 | ⑩ | 続柄 |
| 生年月日 年 月 日 | | 年齢 歳 |
| 住所 〒 | | |
| 電話番号 | 携帯番号 | |

※診察・治療・親権同意書の内容に関してご確認のため親権者の方にご連絡させて頂く場合がございますので、あらかじめご了承ください。(日中つながりやすい電話番号をご記入お願い致します) その際、連絡がつかなければ治療/施術をお受けできない場合がございます。予めご了承ください。

※記載いただいた同意書に不備があった場合は施術できない可能性がございますので、予めご了承ください。

※「施術名」に記載された施術以外の施術の場合は理由の如何を問わず新たに同意書が必要となります。