

親権者同意書

病気やケガに対する治療と異なり、美容医療は外見の整容を目的としています。

そのため、未成年の方が不利益を被る契約をしないため、すべての治療のお申込みにあたり、親権者の方の同意書をいただいております。

Jスキンクリニック 御中

私は、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記治療を受けることに同意します。

1～4：法定代理人（親権者）もしくは受診される方（未成年者）がご記入下さい。

1. 受診者名：

2. 受診者 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 受診者 電話番号： _____

4. 施術名： _____

5～11：必ず法定代理人（親権者）ご本人様をご記入下さい。

5. 法定代理人名（親権者名）：

6. 受診者との関係：

7. 法定代理人住所：

8. 法定代理人電話番号：

9. 作成年月日： _____ 202 _____ 年 _____ 月 _____ 日

10. 施術代金： _____ 円 までの支払いに同意します。

11. (下記ボックスのいずれかにチェック記入をお願いいたします)

今後同じ施術を受けることに同意する。

今回に限り、施術を受けることに同意する。(施術毎に同意書が必要になります。)

*同意書をお忘れの場合や、記載漏れなど不備がある場合は施術を受けることができませんのでご注意ください。なおご記入はボールペン、サインペンなどをご使用ください。

*法定代理人は、親権者もしくは未成年後見人の方でお願いします。