

未成年者治療・施術承諾書

高崎美容クリニック 御中

治療・施術名：

上記治療・施術について、クリニックから別紙説明を受け、疑問点についても質問する機会を与えられ、副作用・リスクについても十分に納得・理解した上で、治療・施術を受けることを希望いたします。未成年者は成長段階であり、今後も身体的変化が出る可能性があり未成年特有のリスクが伴う事も了承致します。

※20歳未満の方の施術のため、親権者の方の署名・捺印もお願い致します。

※モニターを希望される場合は「はい」に、希望されない場合は「いいえ」にチェックをお願いいたします。

(※必ず親権者様をご記入下さい)

上記施術のモニター写真の使用を同意します	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

西暦 年 月 日			
氏名	◎		
住所	〒		
電話番号	生年月日	西暦	年 月 日

西暦 年 月 日			
親権者氏名	◎【続柄】		
親権者住所	〒		
連絡先	生年月日	西暦	年 月 日

高崎美容クリニック〒370-0841 群馬県高崎市栄町4-10 三笠ビル3階

Tel: 027-395-0627 Fax: 027-395-0638