

同意書

リア形成外科美容クリニック 御中

年 月 日

申込者が下記の希望に対して、上記未成年者の親権者（法定代理人）として来院・診察・施術を受けることに同意し、署名致します。

申込者記入欄			
申込者氏名			
生年月日		年齢	満 才
住所	〒		
連絡先			
施術名			

親権者記入欄	
親権者氏名 (自署)	印
生年月日	
住所 <small>※申込者と別の 場合のみ記載</small>	〒
連絡先	

注意事項

※親権者様をご説明を聞きたい場合には再診が必要となります。

■15歳未満の方

カウンセリングや施術を受ける際には、**親権者の同伴および同意書**のご提出が必要です。
なお、同意書をご持参いただけない場合、カウンセリングをお受けできませんのでご了承ください。

■15歳～18歳の未成年の方

カウンセリングや施術を受ける際には、**親権者の同意書**のご提出が必要です。
なお、同意書をご持参いただけない場合、カウンセリングをお受けできませんのでご了承ください。