

18歳未満の未成年者の医療脱毛のための同意書

親権者様各位

当院では、18歳未満の未成年の患者様(以下、「未成年者」といいます)が、親権者様のご同席の有無に関わらず医療脱毛の施術を受ける及びそれに附随する契約の申込みをする場合、親権者様(他の共同親権者がいる場合には、共同親権者の代表者とします)による同意を事前に頂いております。

施術に親権者様のご同席が難しい場合、本同意書にご署名・ご捺印の上、未成年者様にお渡し下さいますようお願い申し上げます。ご持参頂けない場合には、施術をお断りさせて頂いております。可能な限り、カウンセリング時、施術時に親権者様のご同席をお願いしております。

※当院では、施術前に弊クリニック側から親権者様へ確認のご連絡をさせていただく場合がありますのでご了承下さい。

以下、ご連絡先の記入と 確認連絡の可・不可をご選択下さいますようお願い申し上げます。

【親権者同意書】

庄司クリニック 御中

_____年 月 日

私（法定代理人親権者）は、下記の未成年患者の親権者として、未成年者が、自身の判断で貴院での医療脱毛の施術及びそれに附随する契約をすることについて、同意致します。

■ 未成年者名(患者様ご本人)

※必ず親権者または患者様ご本人の「自署」が必要になります。

ご氏名 _____

ご住所 〒 _____

ご連絡先(TEL) _____

■ 親権者(他に共同親権者がいる場合には、共同親権者の代表者として)

※必ず親権者ご本人の「自署」が必要になります。

ご氏名 _____ 当該未成年者との続柄 ()

ご住所 〒 _____

ご連絡先(TEL) _____

確認連絡 可 ・ 不可

※確認連絡が不可の場合には、親権者様の確認となる身分証明書のコピーなどお添え下さい。確認後すみやかに返却致します。

庄司クリニック