

親権者様の同意について

親権者様各位

当クリニックでは、20歳未満のお客様への施術提供にあたり、ご本人様の体質や持病、疾患、治療履歴その他施術を受ける際の問題となる事由の有無及び程度について十分なヒアリングを行うとともに、親権者様の同意も頂戴しております。

お客様が20歳未満の場合、可能な限りご来院時に親権者様(法定代理人)のご同伴をお願いしております。

未成年者契約承諾書

(フリガナ)

ご契約者様 氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生(満 _____ 歳)

親権者様

私は、上記契約者の親権者として、貴院において上記契約者が施術を受けることを承諾致します。

氏名： _____ (印)

続柄 _____

住所： _____

連絡先： _____