

親権者同意書（未成年の方の治療）

（未成年者氏名）

このたび、_____が せや皮膚科クリニックにおいて、
下記の治療を受けることを、親権者である私が同意致しました。
書面での同意により、治療後の契約解除ができないことと、
説明義務違反を問うことができないことを承諾致します。

・同意する治療を以下のものから選ぶか、その他の欄に記入して下さい。

耳ピアス

ケミカルピーリング

その他_____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者住所 _____

親権者電話 _____

親権者氏名 _____ 続柄 _____

*必ず自筆署名して下さい

未成年者住所 _____

未成年者電話 _____

未成年者氏名 _____

せや皮膚科クリニック