

施術に関する同意書

くりはら内科・皮膚科クリニック 宛

私（同意者）は未成年者（被施術者）の保護者として、貴院において下記の施術を受けることに同意します。

【被施術者】

施術名	美容注射 ケミカルピーリング イオン導入 フォトセラピー フォト脱毛 ピアス 炭酸ガスレーザー 局所免疫療法 その他（ ）
氏名	

該当する施術名に○してください

【同意者・保護者】

同意年月日	平成 年 月 日
保護者氏名	印※1 続柄
保護者住所	〒
保護者連絡先	自宅電話： 携帯電話：

※1 シャチハタ不可

保護者連絡先は施術日に連絡可能な電話番号をご記入ください。また、確認の為、当方より連絡させていただく場合がございます。