

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 さくら美容外科において、

下記の治療を受けることを、親権者である私が同意いたしました。

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事ができないことを承諾いたします。

・同意される治療を以下のものから選ぶか、その他の欄に記入してください。

耳ピアス ボディピアス レーザー脱毛 ほくろ除去

スキンケア治療 (レーザーフェイシャル・ケミカルピーリング等)

二重まぶた その他 _____

日付 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者住所 _____

親権者氏名 _____ 続柄 _____

必ず自筆署名してください。

未成年者住所 _____

未成年者氏名 _____