

未成年者施術同意書

本同意書は、未成年者が当院にて美容点滴施術を受けるにあたり、保護者の同意を確認するためのものです。

■ 未成年者情報

氏名：_____

生年月日：_____年__月__日

年齢：__歳

■ 保護者情報

氏名：_____

続柄：_____

住所：_____

電話番号：_____

■ 同意事項

私は、上記未成年者が貴院にて美容点滴施術を受けることに同意いたします。

また、施術内容・効果・副作用・リスクについて説明を受け、理解のうえ承諾いたします。

署名日：_____年__月__日

保護者署名(自署)：_____