

親権者同意書

※18歳未満で、IPS再生クリニックでの施術をご希望の方は、お客様ご本人様と親権者様両人が、
以下の内容をご確認いただき、ご記入・ご捺印した同意書を来院時にご持参下さい。
ご持参いただけない場合は、施術をお受けいただく事ができません。

本書に記載された施術メニューおよび注意事項をご確認ください。

本書に署名した場合、本書は当院で今後受ける施術についても有効とし、各施術同意書に同意することで施術を受けることができますものとします。

※下記以外のメニューを受ける場合、ご確認ください。注意事項/説明事項はございません。

■美容点滴・注射 (美容点滴・注射メニューを受ける方)

注射・点滴療法に関する同意書

■美容皮膚治療 (美容皮膚メニューを受ける方)

水光注射 治療に関する説明・同意書

※下記メニューは追加で注意事項がございますのであわせてご確認ください。

高濃度ビタミンC点滴に関する説明書・同意書

エクソソーム療法に関する説明・同意書

IPS 幹細胞 多能性幹細胞培養液 (iPS エクソソーム) 点滴に関する説明書・同意書

親権者同意書

本人記載項目

私は、本書に記載された施術メニューに関する注意事項および説明が記載された書類を読み、十分に理解したうえで、貴院で施術を受けることに同意いたします。

	記入日	年	月	日
申込者氏名 (18歳未満者)	生年月日	年	月	日 (満 歳)
ご住所				
連絡先	自宅 ()	—	携帯	—

親権者記載項目

※親権者(法定代理人)ご本人様にご記入・捺印下さい。

私は、上記18歳未満者の親権者として、上記注意事項/説明事項に記載された書類を読み、十分に理解したうえで、貴院で申込者が施術を受けることに同意いたします。

	記入日	年	月	日
親権者氏名	印	続柄		
ご住所				
連絡先	自宅 ()	—	携帯	—

お預かりした個人情報はIPS再生クリニックの業務内で共有いたします。予めご了承下さい。

