

記入日 年 月 日

マルーンビューティスキンクリニック 宛

親権者同意書

①治療名又は治療内容 : _____

②治療費用(税込) : _____ 円までのお支払いに同意します。

④ 申込み者	お名前	(フリガナ) _____	生年月日	年 月 日
	ご住所	〒 _____ 都道府県 _____ 区市群 _____		
	連絡先	ご自宅 _____ 携帯電話 _____		
⑤ 親権者	お名前	(フリガナ) _____ 印	続柄	年 月 日
	ご住所	〒 _____ 都道府県 _____ 区市群 _____		

私(表⑤)は、未成年者(表④)がマルーンビューティスキンクリニック(表③)において表①に記載された施術を受けることに同意し、かつ、施術代金(表②)について連帯して責任を負います。
 また、施術中、施術後の経過観察時に医師が緊急で処置及び施術が必要と判断した場合は、医師の判断に委ねます。(表②の金額を超える追加料金が必要な場合は再度、親権者に同意を求めます。)

※上記は全て親権者(法定代理人)ご本人様が記入してください。
 ※ボールペン(フリクションペン不可)でご記入ください。
 ※ご来院の際は必ず原本をご持参ください(コピー不可)
 ※治療前に上記に記入されている親権者の方にお電話にてご連絡させていただきます。

スタッフ使用欄			
電話確認担当者	確認がとれた日付	確認がとれた番号	確認内容
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> 治療内容 <input type="checkbox"/> 金額 <input type="checkbox"/> リスク・合併症・副作用