

親権者同意書



博多のだけん眼科
Hakata Nodaken Eye Clinic

当院では、高校生以下のお客様が親権者様のご同席なくカウンセリング及び、美容医療サービス等をご契約いただく場合、本承諾書にて親権者様のご承諾をいただいております。

親権者様のご署名の上、カウンセリング時に必ずご持参いただきますようお願いいたします。

お忘れになると、カウンセリングを受けられませんのでご注意ください。

※以下の全ての項目について、親権者様ご本人がご記入いただきますようお願いいたします。

博多のだけん眼科

記入日

_____年 _____月 _____日

施術を受ける方(契約者)の氏名_____

施術を受ける方(契約者)の生年月日_____年 _____月 _____日 (_____歳)

施術に同意する治療内容_____

私は、上記契約者の親権者として、契約者が当院において美容医療の契約と施術を受けることに同意します。

親権者氏名_____ (続柄: _____)

親権者住所_____

親権者電話番号_____

※同意書に不備がある場合、カウンセリングを受けられませんのでご了承ください。

※カウンセリングの内容によってはお電話などでご連絡させて頂く場合があります。

※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません。