**未成年者様施術同意書(保護者同意書)**

私は、以下の未成年者が"椿スキンクリニック盛岡"にて美容医療施術を受けることに対し、保護者として十分に内容を理解・承諾し、本同意書をもって同意の意思を示します。

## 

## **【未成年者情報】**

氏名（ふりがな）：

生年月日：　　　　年　　　　月　　　　日 （満　　　 歳）

住所：〒

電話番号（本人または保護者連絡先）：

## **【施術内容】**

施術名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※初回カウンセリング時に医師より詳しく説明を受け、施術内容・効果・副作用・ダウンタイム等について十分に理解した上で同意いたします。

## 

## **【同意内容】**

1. 本人および保護者は、医師による説明を受け、施術内容・施術後の経過・リスクについて十分に理解しました。
2. 保護者は、本人が当該施術を受けることに全面的に同意します。
3. 保護者は、本人が未成年であることを十分に認識し、今後の通院・施術・相談について責任を持って対応します。
4. 緊急時には保護者に連絡のうえ、必要に応じて医師の判断により応急処置・処方等を受けることに同意します。
5. 虚偽の申告があった場合、施術を中止・キャンセルされる可能性があることを理解します。

## **【保護者署名欄】**

保護者氏名（自署）：

本人との続柄：

住所（本人と異なる場合）：

電話番号：

署名日：　　　　 年　　　 月　　　 日

## **【クリニック記入欄】**

院長：椿井　彗来

カウンセリング実施日： 　　　　　 年　　　　 月　　　　 日

※施術内容に応じて、別途施術ごとの同意書にも署名をいただきます。