

銀座 ケイスキンクリニック 親権者同意書

_____が下記の診療・施術の説明について十分に理解し、自己の利益とリスクに関する判断が可能であることを認め、銀座ケイスキンクリニックと同意の上、診療・施術に関わる費用の支払いをすることを親権者として同意いたします。

施術内容

- 医療レーザー脱毛
- ピアッシング
- ケミカルピーリング
- 医療用パルスライト照射（フォトセラピー）
- ジェントルレーズ照射
- CO₂フラクショナルレーザー照射
- その他施術

[_____]

上記チェック済施術及びそれに付帯する治療・投薬

平成 年 月 日

親権者住所 _____
親権者氏名 _____ (印)
患者氏名 _____
患者住所 _____