

## 親権者同意書

私は、下記の申込者が未成年であることから、親権者として申込者の意思を尊重し、治療内容およびこれに伴う利益・リスクについて十分に理解していることを認めます。親権者（法定代理人）として銀座ケイスキンクリニックが提供する診療ならびに施術・治療の実施に同意し、これに関わる費用の支払いについても責任をもって承諾いたします。

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 歳)
電話番号	
希望施術	ご希望される施術名・治療内容を分かる範囲でご記入ください。

親権者	⑩
ご住所	〒
続 柄	
電話番号	

※親権者（法定代理人）のご本人様が、全ての欄をご記入・ご捺印ください。

※本書のご持参がない場合、また、ご持参いただいた書面にご捺印がない場合は、

診察・カウンセリング・施術をお断りさせていただきます。

※内容確認のため、銀座ケイスキンクリニックから親権者の方へご連絡を差し上げる場合がございます。