

施術同意書（未成年者用）

アンチエイジングラボ亀岡 御中

私は、下記の者が貴院において自費診療による施術を受けるにあたり、施術内容・費用・注意事項について十分な説明を受け、これらを理解した上で、保護者として本人が施術を受けることに同意いたします。

【ご本人(未成年者)情報】

メニュー:

氏名:

生年月日

西暦 年 月 日(満 歳)

住所

〒

【同意・確認事項】

以下の内容を確認し、同意のうえチェック✓をご記入ください。

- 本施術が公的医療保険の適用外である自費診療（自由診療）であることを理解しています。
- 施術の目的、期待される効果、および起こり得るリスク（副作用・合併症等）について説明を受け、納得しています。
- 提示された施術費用について承諾し、その支払いに同意します。
- 本人の健康状態（アレルギー、持病、服用中の薬等）について、虚偽なく貴院に伝えていることを保証します。

【親権者(保護者)記入欄】

同意日: 西暦 年 月 日

氏名(自署)

(印)

本人との続柄

住所

〒

電話番号

- ※ 本同意書は全てのメニューに共通して有効です。
- ※ 記入漏れがある場合、施術をお受けいただけない場合がございます。
- ※ 緊急時にご連絡がつく電話番号をご記入ください。