

保護者同意書

美鳳クリニック 殿

(ご本人氏名) _____ が

_____ ピアッシング の 施術を受ける事に同意いたします。

令和 年 月 日

保護者 氏名 _____ ⑩ (続柄 _____)

住所 _____

連絡先 (電話番号) _____

- ・親権者として、貴院において診察・施術を受けることに同意いたします。
- ・施術に関して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が生じた場合、貴院の指示に従います。
- ・診察時には同伴し、もし自己都合により同伴しない場合には、後に施術内容や費用等において異議申し立てはいたしません。また、すでに行った施術代および診察代の払い戻し等も請求いたしません。
- ・施術内容に関しては、申込者本人と情報の共有に努め連絡等や説明の請求はいたしません。