

記入日 年 月 日

親権者同意書

<医療レーザー脱毛の方>

- 医療レーザー脱毛には、火傷・蕁麻疹・毛囊炎・硬毛化といったリスクがございます。
- 当院では考えられるリスクに対して細心の注意と安全に配慮をして対策・治療・施術を行っております。施術可否や機械の設定等については、治療時の患者様の状態に応じて当院医師・看護師が判断いたします。
- 万一の肌トラブルにつきましては適切に対応させていただきますが、肌トラブルは状態によって治療の限界がございますことを予めご了承下さい。なお、日焼けや治療部を強くこする等、医師からの指示や術後のケアを怠ったことによる不利益については責任を負いかねます。
- コース契約後、クーリングオフ期間内に医療レーザー脱毛説明書・同意書、治療費用を必ずご確認ください。

<その他美容施術の方>

その他の治療の場合にも、リスク・副作用が生じることがございます。公式ホームページをよくご確認の上でご署名をお願いいたします。

施術予定日 年 月 日

施術代金(税込) 円までのお支払いに同意します。

※ご希望の施術が上記同意された施術代金を超えてしまった場合は当日の施術はお受けいたしかねます。

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日
電話番号	自宅: 携帯:

※私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として、貴院で上記の施術を記載の金額で受ける事に同意いたします。

親権者氏名①

印

親権者氏名②

印

続柄

続柄

ご住所 〒

ご住所 〒

電話番号 自宅:
携帯:電話番号 自宅:
携帯:

※親権者(法定代理人)ご本人様が、署名・捺印をしてください。親権者が2名いる場合は、2名ともご記入下さい。

電話受付 11:00~20:00 電話番号 03-6275-1879

東京都港区芝5丁目27-13
YA三田ビル4階

レナトウスクリニック 田町院

スタッフ記入欄

- ◆電話確認担当者
- ◆電話確認の取れた番号
自宅 携帯電話
- ◆電話確認の取れた日付
年 月 日