

No.

アール美容皮膚科クリニック 御中

親権者同意書

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、アール美容皮膚科クリニックにおいて、施術を受けることに同意いたします。

想定外の経過・治療追加が生じた場合は、貴院の方針に協力することに同意し、診療契約を取り消すことは致しませんし、施術をされたことに対して、貴院に一切の異議申し立てを致しません。

施術内容(当院記述)

以上の内容を十分に理解し、診療契約・支払い契約を結ぶことに同意いたします。

年 月 日

親権者名: _____ (印)

続柄:

住所: