

未成年者診察・治療等承諾書

ぎおん皮膚科婦人科スキンケアクリニック御中

私、 _____ (親権者) は

_____ (受診者) が

ファーストピアスの耳たぶへの施術を

ぎおん皮膚科婦人科スキンケアクリニックで診察・治療を受けることに同意いたします。

尚、この度の治療に関して、緊急あるいは医学的に必要な検査・処置が生じた場合、医師の指示に従います。ぎおん皮膚科婦人科スキンケアクリニックで受ける診察・治療に置いて異議申し立てはいたしません。

西暦 年 月 日

受診者氏名 (自署) _____

住所

生年月日 年 月 日 歳

親権者氏名 (自署) _____

続柄 _____

住所 _____

連絡先 (電話番号) _____ (治療中に連絡がつく電話番号)

※ 当クリニックでの承諾性が有効な年齢とは15歳以上の高校生から20歳未満の方となります。中学生以下の方は必ず親権者の同伴が必要です。