

未成年者治療及び施術同意書

しのぶ皮膚科 御中

私は、申込者の親権者として下記の治療内容をしのぶ皮膚科のホームページにおいて確認し、申込者が治療を受けることに同意し、署名いたします。

◆同意書記載日 _____年____月____日

◆治療内容

治療内容	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸注入	<input type="checkbox"/> ボトックス注入	<input type="checkbox"/> 脂肪溶解注射
	<input type="checkbox"/> 脱毛	<input type="checkbox"/> ピアスの穴あけ（耳たぶ・ヘリックス）	
	<input type="checkbox"/> シミ治療	<input type="checkbox"/> ニキビ・ニキビ跡治療	
	<input type="checkbox"/> 毛穴治療	<input type="checkbox"/> その他	

※施術によっては、親権者のご同伴が必要な場合がございます。

◆申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	西暦	年	月 日
住所	〒		
電話番号			

◆親権者 記入欄

氏名（自署）	⑩		
申込者との続柄			
住所	〒		
電話番号			