

希ファミリークリニック  
院長 平通也殿

## 親権者同意書

\_\_\_\_\_が、下記の診療・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、希ファミリークリニックと同意の上、診療・施術にかかわる費用の支払いをすることを親権者として同意いたします。

### 施術内容

- レーザー脱毛
- ニキビレーザー照射
- CO<sub>2</sub>炭酸ガスレーザー照射
- ケミカルピーリング
- ピアッシング
- その他施術

[ ]

以上の内容につき納得致しました。

平成 年 月 日

本人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

Ⓔ

親権者 氏名 \_\_\_\_\_

Ⓔ

続柄( )

治療を受ける者が未成年者の場合、親権者氏名の欄に、両親のいずれかのご氏名と捺印をお願い致します。