

# 親権者(法定代理人)同意書

私は、下記未成年者が貴院において美容医療(自由診療を含む)に関する説明を受け、施術を希望していることを確認しました。

親権者(法定代理人)として、(施術名)\_\_\_\_\_を受けることに同意いたします。

## 【未成年者情報】

ふりがな			
未成年者氏名			
生年月日	西暦          年          月          日	年齢	満          歳
住所	〒		
電話番号			

※未成年者情報枠内は、未成年者ご本人様が直筆でご記入ください。

## 【法定代理人(親権者・後見人・保護義務者)あるいは保証人】

ふりがな			
氏名	Ⓜ		
生年月日	西暦          年          月          日		
住所	〒		
電話番号			

※その他の記入欄は親権者(法定代理人)ご本人様が直筆でご記入・ご捺印ください。

※診察・施術内容の確認のため、親権者様へお電話にてご連絡をさせていただくことがあります。  
日中につながりやすい電話番号をご記入ください。

## 【親権者の同意事項】

- ・医師・スタッフより施術内容、効果、リスク、副作用、ダウンタイム、術後ケアについて説明を受け、理解しました。
- ・費用について理解し、親権者として負担に同意します。
- ・未成年者の健康状態・既往歴について虚偽の申告がないことを確認します。
- ・施術結果には個人差があることを理解しています。
- ・トラブルが発生した場合、医師の指示に従い適切に対応します。
- ・同意書に不備がある場合、施術をお受けいただくことができませんのでご注意ください。

年      月      日      親権者署名: \_\_\_\_\_

神戸スイミー皮膚科形成外科