

同意書

当院では、未成年者の施術に際しては、共同親権者の同意を頂いた上で施術を致します。

共同親権者がいる場合には 2 名、一方の場合は 1 名必要となります。また、親権者がいない場合は、未成年後見人となります。親権者には、施術の内容を詳細に説明いたしますので、可能な限り同席をお願いします。親権者の同席が難しい場合、本同意書に自署の上（自署の場合、印鑑不要）、ご本人にお渡しください。持参できない場合は、施術ができません。

ご本人 住所

氏名

印

連絡先(T E L)

施術名

上記未成年者の親権者として、上記の施術を受けることに同意いたします。

親権者※親権者ご本人の「自署」または「捺印」が必要になります。代筆は不可です。

(父) 住所

氏名

印

連絡先(T E L)

(母) 住所

氏名

印

連絡先(T E L)

※印刷ができない場合は、どのような紙でも構いませんので、

「親権者として、施術を受けることに同意いたします」の旨を記載してください。

施術名（例：ホルモン治療、乳腺摘出術など）

ご本人、親権者の自署をお願い致します。