

親権者同意書

この欄は法定代理人(親権者)もしくは受診される方(未成年者)がご記入下さい。

1.受診者名
2.施術名
3.受診者住所

この欄は必ず法定代理人(親権者)ご本人様をご記入下さい。

4.法定代理人名(親権者名)	印
5.受診者との関係	
6.法定代理人住所	
7.作成年月日	年 月 日
8.施術代金	円
9. <input type="checkbox"/> 今後同じ施術を受けることに同意する。 <input type="checkbox"/> 今回に限り、施術を受けることに同意する。(施術毎に同意書が必要になります。)	

第1条

私(上表の4)は、未成年者(上表の1)がヴィンテージビューティークリニック横浜において(上表の2)施術を受けることに同意を与え、かつ、施術代金(上表の8)について連帯して責任を負います。

また、(上表の)施術中、施術後の経過観察時に医師が緊急で処置及び施術が必要と判断した場合は、医師の判断に委ねます。(追加料金が必要な場合は再度、親権者に同意を求めます。)

第2条

前条の金銭債務の履行期日は、年 月 日とし、
ヴィンテージビューティークリニック横浜の住所地に現金持参または銀行振込の方法で支払います。

債権者:ヴィンテージビューティークリニック横浜

住所:〒231-0015 神奈川県横浜市中区尾上町5-69 KIT関内ビル8階

電話番号:045-307-3447