

ゆみ美容皮膚科クリニック御中

親権者同意書

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、ゆみ美容皮膚科クリニックと同意の上、施術を受けることに同意致します。また診療・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。想定外の経過・治療追加が生じた場合は貴院の方針に協力することに同意し、自己判断で治療変更によって生じた結果について貴院に異議を申し立て致しません。

施術内容(当院記述)

以上の内容を十分に理解し、診療契約・支払い契約を結ぶことに同意致します。

年 月 日

親権者名: _____ ①

続柄: _____

住所: