

記入日： 年 月 日

大西メディカルラボ・アンチエイジングサロン大西皮フ科形成外科院・大西美容形成クリニック大西美容皮フ科クリニック 宛

親権者同意書

私は、未成年者 _____ の親権者として、

私が同席しない場での施術の説明であっても、

自己の利益を十分に理解検討し、施術の必要性を判断できることを認めます。

よって、大西メディカルラボ・アンチエイジングサロン・大西美容形成クリニック・大西

美容皮フ科クリニックの全ての施術を受けることに同意いたします。

また、施術において追加料金が発生した際は支払うことに同意いたします。

■親権者記入欄

親権者氏名		印
続柄		
ご住所	〒	
電話番号	自宅：	
	携帯：	

※確認の為、連絡させていただく場合がございます。