

未成年者施術同意書

令和 年 月 日

山形婦人科クリニック 御中

私は、申込者が、貴院において下記の治療・処置を受ける事に同意します。

治療名	
申込者氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)
住所	
連絡先	

※この欄は必ず法定代理人（親権者）ご本人様をご記入ください。

親権者氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)
住所	
連絡先	

治療名について

以下の中から選択して記載して下さい。

医療脱毛 ・ ケミカルピーリング ・ IPL ・ ボツリヌストキシン注射
ヒアルロン酸注射 ・ 水光注射 ・ スネコス注射 ・ リジュラン注射
ジュベルック注射 ・ プロファイロ注射