

同意書

年 月 日

玉島中央病院 美容外科 御中

私は貴院で下記施術について説明を受け、リスクを含め十分に理解し署名いたします。

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医療レーザー脱毛 | <input type="checkbox"/> ピアス | <input type="checkbox"/> イオン導入 |
| <input type="checkbox"/> ほくろ | <input type="checkbox"/> ケミカルピーリング | <input type="checkbox"/> 美容注射 |
| <input type="checkbox"/> しみ・そばかす | <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸 | <input type="checkbox"/> TAT00 レーザー治療 |
| <input type="checkbox"/> リサーフェイス | <input type="checkbox"/> レーザーシャワー | <input type="checkbox"/> V ビーム |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

▼申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
連絡先			

※【未成年の方】 親権者の同意が必要になります

▼親権者 記入欄 この欄は必ず親権者の方がご記入ください。

親権者氏名 (自書)	①		
申込者との関係			
住所	〒		
連絡先			

～本日の料金～	初診料・再診料	_____	
	施術料	_____	*当院記入欄