

【未成年の方のご来院について】

最近、未成年の方がおひとりで受診されることが多くなってきました。処置・投薬等、保護者の方にご同意いただかなければならない場合もございますので**初診時には保護者の方とご来院頂くようお願いいたします。**

また、**保護者の方のご来院が難しい場合は、下記の同意書にご記入の上、ご持参いただきますようお願いいたします。**

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)	Ⓜ		
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