

親権者同意書

私は、下記の未成年者(患者)が **JADE CLINIC.** において施術を受けることに同意いたします。施術内容・リスク・注意事項について、医師から十分な説明を受け理解したうえで、本人の施術を希望します。

施術内容(例)シミ治療レーザー、二重まぶた埋没法、ボトックス 等

同意事項

- 上記の施術内容について、医師から十分な説明を受け、内容を理解しました。
- 施術には効果の個人差があること、副作用や合併症の可能性があることを承知しています。
- 本人の意思を尊重し、親権者として施術を受けることに同意します。
- 緊急時には医師の判断で必要な処置を行うことに同意します。

親権者情報

- 氏名: _____
- 続柄: _____
- 日付: _____年____月____日

- 緊急連絡先 _____