

<注意事項>

- ※未成年の方は、来院時にこの同意書が必要です。
- ※同意書をお忘れの場合、診察(カウンセリング)を受けることができません。
- ※親権者記入欄は必ず親権者本人が記入してください。
- ※親権者は未成年後見人の方でお願いします。
- ※親権者の方へ確認のご連絡をさせていただく場合がありますので、「連絡先」欄には連絡可能な電話番号をご記入ください。

記入日 年 月 日

親権者同意書

ATELIER Medical Clinic 御中

私は、申込者の親権者として、貴院で申込者が下記治療を受けることに同意します。
契約及び施術に関して、一切の異議申し立てを致しません。

申込者記入欄

治療名 ※次ページ参照 し正式名称で記 入してください	
氏名	
生年月日	年 月 日 年齢 歳
連絡先	自宅番号 : 携帯番号 :

親権者記入欄

氏名	印
申込者との続柄	
住所	〒
連絡先	自宅番号 : 携帯番号 :

※申込者記入欄の治療名は以下メニューより正式名称を確認の上ご記入ください
名称が違う場合、本書は無効となりますので十分にご注意ください

▶注入施術

ヒアルロン酸注入・ボトックス注入

▶スキンケア施術

ピコトーニング・ピコフラクショナル・ピコスポット・ピコレーザータトゥー除去
水光注射・ピーリング・ジェネシス・ダーマペン・ハイドラフェイシャル・黒子除去
マイクロボトックス

▶痩身施術

クラツα

▶その他美容皮膚科施術

ウルセラリフト・ウルトラセルQプラス・ベビーハイフ・アートメイク

▶美容内科施術

プラセンタ注射・美白注射・疲労回復注射・美白&疲労回復注射
高濃度ビタミンC点滴・高濃度グルタチオン点滴