

## 脱毛・シミ(美肌)の治療・施術をお考えいただいている18,19歳の方へ

18歳以上(成人)の方は、ご本人の同意により、脱毛・しみ(美肌)カウンセリングおよびそれに伴う治療・施術の契約・お支払いが可能です。

ただし当院では、18歳・19歳の患者様が契約およびお支払いをされる場合には、ご両親またはご両親に代わってご親族(以下「ご両親等」)のご承諾をお願いしております。

つきましては、カウンセリング当日に治療・施術内容をお決めになる予定の方は、下記の「両親等同意書」に、あらかじめご両親等にご記入・ご署名・ご捺印いただいたうえで、当日ご持参ください。

同意書をお持ちでない場合、内容によってはカウンセリングのみの対応となり、当日のご契約は承れません。その際は、後日あらためてご来院いただくことになります。カウンセリングのみの対応となるため、後日あらためてご来院いただく必要がございます。

### 両親等同意書

飯岡形成外科ひふ科 殿

私は、申込患者( )の両親等として、申込者が飯岡形成外科ひふ科においてカウンセリングを受けたうえで、脱毛・シミ(美肌)治療に関する契約の締結、およびそれに伴う費用の支払いについて同意します。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

#### < 同意者 >

同意書記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名: \_\_\_\_\_ ⑨ \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

- ※ ご同意者様(ご両親等)ご本人がすべて直筆でご記入のうえ、ご捺印ください。
- ※ 当院は、本同意書をご両親等の意思によるものと判断し対応させていただきます。万が一、頂いた同意書の内容に虚偽や事実との相違があった場合、それによって生じた事故やトラブル等のいかなる損害についても、当院は一切の責任を負いかねます。
- ※ 確認のため、ご両親等にお電話でご連絡させていただく場合がございます。日中につながりやすい電話番号を必ずご記入ください。
- ※ 同意書に不備がある場合や、お電話での確認が取れない場合は、ご契約を承れませんのでご注意ください。
- ※ 個人情報保護の観点により、お電話による治療内容のお問い合わせにはお答えできかねます。(ご質問がある場合は、カウンセリングへの同席をお願いいたします。)
- ※ ご記入いただいた個人情報は、ご契約の同意確認のみ使用し、他の目的には使用いたしません。

## 記入例

脱毛・シミ(美肌)の治療・施術をお考えいただいている18,19歳の方へ

18歳以上(成人)の方は、ご本人の同意により、脱毛・しみ(美肌)カウンセリングおよびそれに伴う治療・施術の契約・お支払いが可能です。

ただし当院では、18歳・19歳の患者様が契約およびお支払いをされる場合には、ご両親またはご両親に代わってご親族(以下「ご両親等」)のご承諾をお願いしております。

つきましては、カウンセリング当日に治療・施術内容をお決めになる予定の方は、下記の「両親等同意書」に、あらかじめご両親等にご記入・ご署名・ご捺印いただいたうえで、当日ご持参ください。

同意書をお持ちでない場合、内容によってはカウンセリングのみの対応となり、当日のご契約は承れません。その際は、後日あらためてご来院いただくことになります。カウンセリングのみの対応となるため、後日あらためてご来院いただく必要がございます。

### 両親等同意書

飯岡形成外科ひふ科 殿

私は、申込患者(〇〇氏名〇〇)の両親等として、申込者が飯岡形成外科ひふ科においてカウンセリングを受けたうえで、脱毛・シミ(美肌)治療に関する契約の締結、およびそれに伴う費用の支払いについて同意します。

該当するものに○

患者氏名 〇〇氏名〇〇 生年月日 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〒〇〇〇-〇〇 〇〇〇 住所 〇〇〇

電話番号 〇〇〇〇

< 同意者 >

同意書記入日: 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

氏名: 〇〇氏名〇〇 (印) 続柄: \_\_\_\_\_

生年月日: 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所: 〒 〇〇〇-〇〇 〇〇〇 住所 〇〇〇

電話番号: 確認のため連絡させていただく場合がありますのでつながりやすい電話番号をお書きください

- ※ ご同意者様(ご両親等)ご本人がすべて直筆でご記入のうえ、ご捺印ください。
- ※ 当院は、本同意書をご両親等の意思によるものと判断し対応させていただきます。万が一、頂いた同意書の内容に虚偽や事実との相違があった場合、それによって生じた事故やトラブル等のいかなる損害についても、当院は一切の責任を負いかねます。
- ※ 確認のため、ご両親等にお電話でご連絡させていただく場合がございます。日中につながりやすい電話番号を必ずご記入ください。
- ※ 同意書に不備がある場合や、お電話での確認が取れない場合は、ご契約を承れませんのでご注意ください。
- ※ 個人情報保護の観点により、お電話による治療内容のお問い合わせにはお答えできかねます。(ご質問がある場合は、カウンセリングへの同席をお願いいたします。)
- ※ ご記入いただいた個人情報は、ご契約の同意確認のみ使用し、他の目的には使用いたしません。