

親権者(法定代理人)同意書

・施術についての同意

下記契約者の親権者として、契約者がCredo Clinic 新宿において施術の契約と施術を受けることに同意します。

・未成年者の健康状態に関する保証

未成年者の健康状態、アレルギー、既往症について、正確な情報を提供しました。これらの情報に基づき施術が行われることを了承します。

・緊急時の対応についての同意

緊急事態が発生した場合、貴院が必要と判断した応急処置を施すことに同意します。

・個人情報の取り扱いに同意

提供した個人情報が施術目的でのみ使用され、適切に管理されることに同意します。

・その他

その他、貴院の方針に従い、必要な手続きを行います。

私は、上記の未成年者の【母/父/法定後見人】であり、当クリニックにおける以下の施術に同意します。

施術名

施術予定日

年 月 日から6ヶ月以内

ご契約者氏名(フルネーム)

ご契約者の生年月日

年 月 日

親権者氏名(フルネーム)

(続柄:)

親権者住所

親権者電話番号

Credo Clinic 新宿
〒160-0022 東京都新宿区新宿2-12-8 ACN新宿ビル8階
03-6384-2501

院長
伊藤 雄介