

【20歳未満の方の診療および施術に関する同意書】

LUNA BEAUTY CLINIC 銀座御中

- ①私は下記の申込者が20歳未満であることから、同居の親族として、貴院において診察・施術を受けることに同意します。
- ②施術に関して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が生じた場合、貴院の指示に従います。
- ③診察時には同伴し、もし自己都合により同伴しない場合には、後に施術内容や費用等において異議申し立てはいたしません。また、既に行った施術代および診察代の払い戻し等も請求しません。
- ④施術内容に関しては、申込者本人と情報の共有に努め、基本的には電話・電子メール・FAXなどによる連絡等や説明の要求はいたしません。

上記に同意します。 ※日本語で会話ができる方をご記入ください。

記入日：【 年 月 日】

申込者様氏名： _____

※必ず申込者様ご本人が自署してください

ご住所： _____

連絡のつく番号： _____

同居のご親族様氏名： _____ (続柄： _____) ㊞

※必ず同居の親族様ご本人が自署してください

ご住所： _____

連絡のつく番号： _____

※日中につながりやすい電話番号をご記入お願いいたします

診察・施術に際し、確認の為同居の親族の方にご連絡させて頂くことがございますので、あらかじめご了承ください。