

当院では10代のお客様(以下、「契約者」といいます。)が当院提供の医療行為を受けられる場合、本同意書にて直系尊属(以下、便宜上「父または母」若しくは「親権者」といいますが、父又は母に限らず広く認められます。)のご同意を事前に頂いております。なお、当該決済時に本同意書にご署名・ご捺印の上、ご契約者様にお渡しくださいますようお願い申し上げます。

親権者同意書

ディオクリニック 御中

年 月 日

契約者氏名： ⑩

生年月日：西暦_____年_____月_____日

住所：

連絡先(TEL)：

私(上記契約者の父または母)は、契約者が貴院における医療行為としての美容医療サービスの施術および治療を受けることに関して、以下の通り同意いたします。

1.医療行為としての施術実施に関する同意

私は、契約者が貴院で行われる美容医療サービスの施術および治療が、医療行為としての適切な手順および基準に基づき行われることについて理解し、これに同意いたします。

2.契約および施術内容の確認と同意

私は、契約者が貴院との間で締結する美容医療サービス契約ならびにそれに付随する個別契約、商品購入契約、および支払い方法(割賦販売を伴う)や契約金額について十分に確認し、これに同意いたします。

3.虚偽の申告および無断での代筆に関する承諾

私は、契約者が本同意書に親権者(父または母)の許可なく代筆などの手段で記入し、または虚偽の申告を行った場合、それによって発生したトラブルや契約に関する同意内容について一切異議を申し立てないことをここに承諾します。

親権者氏名： ⑩ 上記の契約者との続柄()

生年月日：西暦_____年_____月_____日

住所：

連絡先(TEL)：