

未成年の方は、この処置承諾書を親権者の方にご記入頂き、クリニックまでお持ち下さい。

処置承諾書

びえなクリニック宛

私、（ ）は、患者（ ）が、
（ご両親又は親権者のお名前） （実際に処置を受ける方のお名前）

各種美容処置内容（具体的な内容がわかっている場合は、()内に記入してください。）

美容処置（ ） レーザー 脱毛 注入 等
処置を受けることを、親権者として承諾致します。

平成 年 月 日

（ご両親または親権者のお名前御連絡先）

親権者氏名 _____ 印

親権者住所 〒 _____

親権者連絡先（できましたら携帯電話番号） _____

（実際に処置を受ける方のお名前御連絡先）

患者氏名 _____

患者住所 同上 〒 _____

患者連絡先（携帯電話番号） _____

びえなクリニック院長 殿