

未成年者施術同意書

<親権者（法定代理人）同意書>

一般社団法人トゥルーデザインクリニック 宛

◆ご契約者様の氏名 氏名 _____

ご契約者様の生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)

私は上記契約者の親権者(法定代理人)として、契約者がトゥルーデザインクリニックにおいて
(施術名: _____)の契約と施術を受けることに同意します。

上記施術に関して緊急あるいは医学的に必要な処置等が生じた場合、貴院の指示に従います。

◆親権者(法定代理人)

記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者 氏名 _____ (印) (続柄: _____)

住 所 〒 _____

電話番号 _____ ※ご連絡可能な番号のご記入をお願いします

※親権者様ご本人が署名・捺印をしてください。

※記入内容確認のお電話をする場合がございます。

※同意書に不備があるときは、カウンセリングを受けられません。

※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません。