

親権者同意書

ReBeAS CLINIC 殿

記入日：令和 年 月 日

私は、申込者の親権者として申込者が下記の施術を貴院にて行うことに同意します。

治療名 希望の治療名を○で囲んでください

1. 脂肪吸引 2. 豊胸 3. 顔の施術（目・鼻） 4. 女性器 5. 男性器
6. タトゥー 7. 注入 8. 美容皮膚科 9. その他（ ）

*必ず申込者ご本人が自署してください。

申込者氏名：	Ⓔ
生年月日：	年 月 日（年齢 ）
住所：	
連絡先電話番号：	（ ） -

*必ず親権者ご本人が自署してください。

親権者氏名：	Ⓔ
続柄（施術を受ける未成年者から見て）：	
住所：	
連絡先電話番号：	（ ） -

今回の施術にあたり、ご本人及びご家族で検討が十分になされているものとして当院は治療にあたります。
治療後のご本人及びご家族の意思の相違に関しては対応できかねます。

施設名：ReBeAS CLINIC
医師名：清水 志乃
〒810-0041 福岡県福岡市中央区
大名 2-11-21RMO 大名・赤坂 7 階
電話：092-753-6662