

オーマイククリニック

## 未成年者の施術に対する同意書

当院では、未成年の患者様が施術を受けるにあたり医師から十分な説明を行うとともに新権者様の同意を頂戴しております。また、リスクについて説明・同意の元で施術を行い何らかの問題が起きた場合、又同意書のサインが親権者様のものでなかった場合、当院は一切免責されるものと致します。

- 
- ✓ 私は施術について十分に理解し親権者の同意の元、オーマイククリニックの施術を受けることに同意します
  - ✓

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ご本人 氏名 \_\_\_\_\_

- ✓ 私は施術を受ける本人が未成年であることから親権者として本人の意思を尊重し、オーマイククリニックの施術を受けることに同意します

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

親権者 氏名 \_\_\_\_\_

以上